



Т.И. Букановская

# ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА

■ МЕДИЦИНА



УДК 616.89(075)  
ББК 88.4+56.14я7  
КТК 354  
Б 90

**Рецензенты:**

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии  
Ростовского государственного медицинского университета,  
доктор медицинских наук, профессор *Бухановский А.О.*

заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и ме-  
дицинской психологии с курсом неврологии ФПО Ставрополь-  
ской государственной медицинской академии, заслуженный  
врач РФ, доктор медицинских наук, профессор *Боев И.В.*

**Букановская Т.И.**

**Б 90** Психопатологическая пропедевтика / Т.И. Бука-  
новская — Ростов н/Д: Феникс, 2008. — 96 с. —  
(Медицина).

ISBN 978-5-222-13435-1

Основная идея предлагаемого учебного пособия для вра-  
чей заключается в создании простого и доступного руко-  
водства при проведении оперативной и эффективной синд-  
ромальной диагностики. Методологический принцип насто-  
ящего пособия основан на поэтапном и детальном описании  
всех наблюдаемых психических проявлений у пациента с их  
последующей психопатологической трактовкой.

ISBN 978-5-222-13435-1

УДК 616.89(075)  
ББК 88.4+56.14я7

© Букановская Т.И., 2008

© Оформление: ООО «Феникс», 2008

## **ВВЕДЕНИЕ**

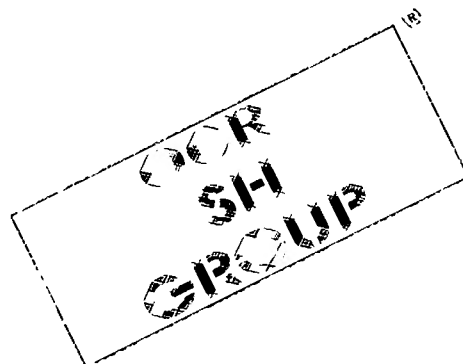
### **Психопатологическая пропедевтика, определение понятия**

Термин «пропедевтика» имеет греческие корни и переводится, как «предварительно обучаю»; понятие «пропедевтика» означает предварительный вводный курс при изучении какой-либо науки, изложенный в сжатой и простой форме. В естественных науках закрепилось понятие «терапевтическая пропедевтика», или вводный курс при изучении внутренних болезней. Аналогично психопатологическая пропедевтика предполагает освоение элементарных навыков психиатрической диагностики, позволяющих синдромально оценить психическое состояние больного.

Настоящее методическое руководство не посвящено описанию различных психопатологических феноменов, целью является другое — научить врача быстро распознавать различные психопатологические проявления у пациента. Иначе говоря, в данном руководстве читатель не найдет, к примеру, полного описания такого сложного психопатологического феномена, как бредовое расстройство, но зато сможет произвести диагностику параноидного состояния.

В отличие от терапевтической пропедевтики, где клинический статус больного оценивается по его физическим признакам (цвет лица, масса тела, одышка и т.д.), психопатологическая пропедевтика оценивает эмоциональные и поведенческие проявления больного, начиная с того момента, как только он переступил порог кабинета. Как только

пациент оказался наедине с врачом, он вместе с ним составляют так называемое терапевтическое пространство, в котором осуществляется контакт врач — больной. Поэтому, как ведет себя пациент в терапевтическом пространстве, какую позицию он занимает, уже можно судить о его психическом состоянии.



# **РАЗДЕЛ I. ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: КОНТАКТ ВРАЧ — ПАЦИЕНТ**

## **ПОНЯТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА**

Что такое терапевтическое пространство? Это пространство, в центре которого находятся двое — целитель и больной. Рассмотрим схожие ситуации, когда одно и то же физическое пространство является терапевтическим или таковым не является. Если, к примеру, на вечеринке, одному из гостей стало плохо и оказавшийся там медицинский работник оказывает медицинскую помощь, то для обоих, заболевшего и целителя, вечеринки уже не существует, для них физическое пространство стало терапевтическим. Но, если же на этой вечеринке встретились врач и больной, и последний, промежду прочим, спрашивает у врача совета, или консультируется, то эту ситуацию уже нельзя назвать терапевтической, поскольку оба осознают, что они, прежде всего, находятся на развлекательном мероприятии.

Классический пример терапевтического пространства — это хирургический зал, в центре которого хирург оперирует пациента, или массажный кабинет, в центре которого массажист также «работает» над пациентом. Разница в том, что в первом случае хирург занимает доминантную позицию, а пациент — полностью в подчиненном положении. Во втором случае, наоборот, пациент доминантен, он — заказчик, а массажист больше представлен как обслуживающий персонал.

Как же должно выглядеть терапевтическое пространство в случае психиатр — пациент? Несомненно, что оба должны находиться в центре. В зависимости от состояния пациента, психиатр может занимать доминантную позицию (авторитарный стиль) или обслуживающую позицию (стиль обслуживания, «уговаривания»). Чем-то этот альянс сродни позиции учитель — ученик.

Какова адекватная позиция пациента? С одной стороны, пассивная, когда пациент должен хотя бы понимать, что психиатр все-таки находится «над пациентом», а не «под ним». С другой стороны, в противовес пассивности, больной имеет право предъявлять запрос, требовать помощи, например, избавить его от «голосов», от бессонницы, тревоги или состояния тоски.

Какие нарушения позиции в терапевтическом пространстве можно наблюдать среди больных с психическими расстройствами?

### **ИЗБЕГАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА**

Больной при этом держится на расстоянии, ближе к двери, или забивается в угол. Если он пришел с родственником, то может, к примеру, прятаться за его спину. Если даже врач посадил пациента на стул в центре кабинета, то больной выглядит так, будто он втянулся в стул или кресло. Причины подобного избегания следующие:

- 1) Общая личностная регрессия с выраженной позицией избегания и формой защиты в виде бегства (именно так ведут себя маленькие дети с незнакомыми им людьми). Подобная позиция избегания, характерная для детей, наблюдается при многих психических и даже психологических отклонениях, но чаще всего при задержках умственного развития и поведенческих расстройствах. У взрослых больных подобная

позиция свидетельствует о деменции или шизофреническом дефекте.

- 2) Выраженные астенические состояния, принявшие хронический характер с выработанной реакцией избегания. Нозологические проявления: астенический дефект при шизофрении, вялотекущая неврозоподобная шизофрения, тяжелый неврастенический невроз с выраженными нарушениями адаптации, астено-депрессивные состояния. Сюда же относятся случаи атипичной депрессии, клиническая картина которых характеризуется отрешенностью и дереализацией.
- 3) Острое бредовое расстройство, например, бред преследования или воздействия, диктующий оппозиционно-избегающее поведение.
- 4) Галлюцинаторное состояние.
- 5) Измененные формы сознания, например, делирий с неадекватной оценкой окружающей реальности.

Вариантом позиции избегания является **пассивная позиция** больного. Представить себе полностью пассивного больного, целиком отдающего себя в руки врача, можно только в хирургическом или реанимационном отделении, когда у пациента отсутствует сознание. Многие расстройства психической деятельности сопровождаются таким параличом воли, что пациент ведет себя так, как будто у него отсутствует сознание, на самом деле речь идет о снижении или даже отсутствии самосознания, или о таких формах «невключенности» в реальность, как дереализация, трансовые состояния. При этом пациент выглядит так, что внешне может создаться впечатление наличия у него неясного сознания — бросается в глаза общая отрешенность, отсутствующий или устремленный вдаль взгляд, чем создается общий эффект «отсутствия». Пассивная позиция пациента — часто встречаемое явление в клинике психических

расстройств (психозы, атипичные депрессии, психоорганический синдром, деменция). Резко выраженная пассивно-подчиняемая позиция характерна для больных с кататонией (ступор с «восковой гибкостью»).

**Доминирующая позиция.** Больной не избегает терапевтического пространства, но, находясь в центре его, занимает ярко выраженную доминантную позицию. Внешне выглядит это следующим образом: больной держится свободно, уверенно, раскованно, иногда развязно. При этом пациент на предлагаемые ему врачебные интервенции (а для врача-психиатра врачебной интервенцией является расспрос) реагирует оборонительной позицией: к примеру, руки держит крестом на груди, кладет ногу на ногу. При более выраженном доминировании пациент может «посягать» на пространство врача, например, вытягивает ноги в сторону врача, кладет локти на стол, может брать в руки предметы, ему не принадлежащие, приближает лицо к собеседнику. Состояния, при которых может наблюдаться подобное доминирование:

- 1) Маниакальное состояние.
- 2) Эйфорическое состояние, в том числе вследствие острой интоксикации (алкогольной или наркотической).
- 3) Общий негативизм (психотического и непсихотического генеза).
- 4) Активная параноидная установка личности, как в связи с острым параноидом, так и в связи со стабильными личностными расстройствами параноидного круга.
- 5) Антисоциальная позиция личности, например, при диссоциальном личностном расстройстве.

Близко к доминантной позиции стоит **демонстративная** позиция, характерная для истерических нарушений (истерическое расстройство личности, диссоциативные расстрой-

## Раздел I. Положение пациента в терапевтическом...

ства). В этом случае пациент ведет себя так, как будто он экспонирует свое заболевание в целях наглядности. Демонстративная позиция считается доминантной, потому что больной неосознанно навязывает врачу «картину» своего заболевания, причем именно в тот момент, когда врач обращает на него внимание.

После того, как мы определились с позицией больного в терапевтическом пространстве, мы начинаем производить диагностику. Для этого мы устанавливаем с пациентом вербальный контакт, первым вопросом в котором является вопрос врача «на что жалуетесь?». И вот здесь может выясниться, что одним из проявлений психического расстройства у больного является нарушение или даже полное отсутствие вербального контакта. В нижеследующем разделе, посвященном речевой активности, описывается только количественный аспект речи — степень речевой экспрессии и скорость речи. Качественный аспект речи подразумевает описание семантической, фонематической и артикуляционной структуры произносимых слов, а также в какой-то мере описание логических связей между понятиями. Понятно, что подобный анализ речи носит узко специализированный характер, поэтому не может быть включен в разделы общей психопатологической пропедевтики.

## РАЗДЕЛ II. РЕЧЕВАЯ АКТИВНОСТЬ

### ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ РЕЧЕВОЙ АКТИВНОСТИ, ИЛИ МУТИЗМ

Причины мутизма следующие:

- 1) Мутизм, обусловленный вербальным галлюцинозом. Сюда же можно отнести мутизм в связи с ментизмом и другими клинически выраженными расстройствами мышления шизофренического круга (агглютинации, шперрунг, застой в мыслях и пр.). Мутизм в связи с галлюцинозом часто сопровождается тем, что больной избегает терапевтическое пространство, а будучи помещенным в центр его, выглядит отрешенным и отсутствующим.
- 2) Негативистический мутизм, обусловленный кататоническими состояниями — либо кататоническим ступором, либо кататоническим импульсивным возбуждением. Причиной мутизма является подкорковая блокада речедвигательного центра — больной не столько не хочет говорить, сколько *не может* говорить в силу паралича воли. Характерно, что больной не избегает терапевтического пространства, но, находясь в центре внимания, обнаруживает общий поведенческий негативизм (отворачивает лицо, отводит глаза, отталкивает прикосновения), либо демонстрирует пассивную подчиняемость.
- 3) Истерический мутизм — избирательная неспособность вербального контакта при наличии общей мотивации к общению. Больной общается с помощью жестов, письма, может даже мычать, пытаясь что-то сказать.

Больной ведет себя активно в терапевтическом пространстве, и процесс терапевтического общения воспринимает позитивно. Истерический мутизм в своих поведенческих проявлениях напоминает остро возникшую моторную афазия. В обоих случаях речь идет о параличе вербальной функции — органическом в случае афазии и функциональном в случае истерии.

- 4) Мутизм в детском возрасте свидетельствует чаще всего об аутизме либо об органической афазии (расстройстве экспрессивной речи, как проявлении патологии речевого развития). Полное отсутствие речи в связи с умственной отсталостью наблюдается только при ее глубокой степени.

Мутизм в связи с бредовым состоянием — редкое явление. В данных случаях мутизм носит кратковременный характер и обусловлен сознательным решением пациента больше «никому ничего не говорить». Но поскольку осевым симптомом любой бредовой идеи является механизм проекции, бредового самовыражения, то временное нарушение речевой активности быстро восстанавливается.

### **Низкая речевая активность, или малословие**

Малословие можно рассматривать как проявление неполного мутизма в связи с вышеперечисленными факторами. Другие причины малословия:

- 1) Малословие в сочетании с тихой речью и слабой модуляцией голоса свидетельствуют о наличии депрессивного состояния.
- 2) Малословие в сочетании с дрожащим голосом характерно для тревожно-депрессивных состояний, может наблюдаться на начальном, неврозоподобном этапе сосудистой деменции.

- 3) Малословие в сочетании со слегка заикающейся речью характерно для дефектных состояний при шизофрении (дефект по астеническому типу).
- 4) Малословие в связи с общей речевой пассивностью у личности невротического или пассивно-зависимого склада характерно для детского возраста; нередко можно наблюдать задержку психологического или даже психического развития.
- 5) Малословие в связи с выраженным астеническим состоянием (синдром истощения).
- 6) Малословие при нормальной модуляции голоса может наблюдаться у лиц психопатического склада, как проявление их возбудимого темперамента — подобные лица действуют быстрее, чем говорят. Речь идет о лицах психопатического склада, у которых первая сигнальная система «срабатывает» быстрее, чем вторая.
- 7) Малословие как проявление общей аспонтанности при лобных поражениях мозга, а также малословие в связи с деменцией.
- 8) Олигофазия, являющаяся характерным признаком эпилептической деменции, характеризуется не только малословием, но и резким замедлением скорости речи, при нормальной модуляции силы голоса.
- 9) Малословие в связи с неясным сознанием, например, при оглушении.

### **ПОВЫШЕННАЯ РЕЧЕВАЯ АКТИВНОСТЬ, ИЛИ МНОГОСЛОВИЕ**

Многословие означает, что пациент излишне активен в речи, буквально — произносит много слов. Многословие может сопровождаться ускорением темпа речи (более 80 слов в минуту), но может наблюдаться при нормальном и даже замедленном темпе речи. Многословие наблюдается при следующих состояниях:

- 1) Многословие в сочетании с ускорением темпа речи свидетельствует о маниакальном состоянии. Модуляция голоса — нормальная или повышенная.
- 2) Нерезко выраженная речевая активность в сочетании с некоторым ускорением темпа речи, когда речь носит сбивчивый, отрывистый (с придыханием) характер, напоминающий заикание, характерна для тревожных состояний, особенно для тревожно-расторможенных состояний (см. ниже).
- 3) Многословие без ускорения темпа речи при нормальной модуляции голоса указывает на присутствие выраженной параноидной проекции при самых различных проявлениях расстройств параноидного круга — начиная с многословия, свойственного личности параноидного склада, и кончая многословным монологом бредового пациента.
- 4) Многословие при замедленном темпе речи с характерной обстоятельностью и детализацией характерно для эпилептической деменции.
- 5) Многословие в сочетании с «разорванной» речью, напоминающей «словесную крошку» указывает на а) расстройство мышления при шизофрении (шизофазия); б) сенсорную афазия после инсульта; в) подкорковую речедвигательную расторможенность при деменции.

Беседуя или пытаясь завести разговор с пациентом, мы одновременно наблюдаем за его двигательной активностью. Ни одно описание психического статуса психиатрического пациента не обходится без описания его двигательной активности, так как именно двигательная активность *всегда* конгруэнтна любому изменению в психическом состоянии человека.

## **РАЗДЕЛ III. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ**

Двигательная активность человека, как ничто другое, отражает реальный контакт человека с внешним миром. Когда человек не контактирует с внешним миром? Тогда, когда он спит, или у него отсутствует сознание, при этом у него также отсутствует мышечный тонус, а все движения сведены к незначительному числу рефлекторных актов. Но как только у человека появляется бодрствующее сознание и вместе с ним чувство пространства, он в этом пространстве начинает двигаться. Конечно, очень трудно ответить на вопрос, какое количество и каких движений должен осуществлять индивид в единицу времени, но, тем не менее, у каждого человека с годами вырабатывается некое понятие «нормы двигательной активности» применительно к каждой возрастной категории. К примеру, непоседливый, ерзающий на стуле, постоянно совершающий какие-то движения первоклассник, хотя и раздражает учителя, но пока воспринимается адекватно. Такое же поведение на занятии у 20-летнего студента ВУЗа будет восприниматься уже как неадекватное, и аналогичное поведение у пожилого человека воспринимается как болезненное.

### **Пониженная двигательная активность, или малоподвижность**

Полная обездвиженность больного свидетельствует либо об отсутствии сознания (оглушенность, кома, апаллический синдром), либо о кататоническом ступоре. Депрес-

сивный ступор, так же как и истерический ступор, в современной клинической практике — явление более редкое.

**Малоподвижность** в целом отражает низкий уровень двигательного контакта с внешним миром. Почти все формы структурирования реальности человеком предполагают двигательную активность, которая направлена на следующее:

- 1) удовлетворение инстинктивных потребностей;
- 2) удовлетворение социальных потребностей, которые предполагают различные формы межличностного взаимодействия, основные из них — близость-слияние, процедурные действия, игры, ритуалы.

Исключение составляет такая форма структурирования реальности, как созерцание (в состоянии активности находится только зрительный аппарат со зрительным корковым анализатором), которое при высшем своем проявлении представляет собой измененное сознание (трансовое состояние, медитация).

Зададим себе вопрос, в каких состояниях здоровый человек мало контактирует с внешним миром в двигательном отношении?

Первое, когда он спит, т.е. у него отсутствует бодрствующее сознание. Как известно, во время сна от ядер ретикулярной формации распространяется тормозящее влияние по восходящим путям на кору мозга, а также по нисходящим путям на ствол и спинной мозг, вызывая мышечную релаксацию за счет снижения мышечного тонуса.

Второе, когда он сосредоточен на какой-либо внутренней проблеме, т.е. находится в состоянии интроверсии.

Третье, когда он истощен предыдущими формами деятельности настолько, что охранительное торможение в двигательной сфере носит преждевременный характер и не соответствует «режиму» сон — бодрствование.

Исходя из этого следует, что сохраняющаяся у больного малоподвижность свидетельствует в целом либо о снижении бодрствующего сознания (оглушенность), либо о наличии выраженной интроверсии, либо о наличии выраженной астении или психической заторможенности.

Малоподвижность не является специфическим клиническим симптомом, поэтому проявление малоподвижности всегда следует оценивать в сочетании с другими характеристиками, например, с речевой активностью.

### **Малоподвижность в сочетании с малословием или мутизмом**

Сочетание малоподвижности и малословия наблюдается при следующих состояниях:

- 1) Вербальный галлюциноз или расстройства мышления шизофренического круга. Основной нейрофизиологический механизм, диктующий низкую двигательную активность — интрапсихическая интроверсия.
- 2) Малоподвижность в сочетании с пассивной подчиняемостью, обусловленные кататоническим состоянием (ступор или субступор). Основной нейрофизиологический механизм — вовлечение в патологический процесс подкорковых двигательных центров, обуславливающих общую двигательную заторможенность. Если при этом больной выглядит еще и созерцающим, речь идет об онейроидной кататонии.
- 3) Малоподвижность в сочетании с тихой речью и слабой модуляцией голоса свидетельствуют о наличии депрессивного состояния. Двигательная заторможенность, входящая в триаду главных признаков большой депрессии, обусловлена: а) аффектом витальной тоски, вызывающим общую интрапсихическую интро-

- версию (если мир не радует и даже вызывает неприязнь, зачем с ним контактировать), далее, б) выраженным астеническим радикалом в структуре депрессии, что переживается больными как слабость и отсутствие сил.
- 4) Малоподвижность, обусловленная психоорганическим синдромом. В зависимости от тяжести и длительности процесса, низкая двигательная активность обусловлена как снижением бодрствующего сознания (чаще в острой или подострой фазе), так и интрапсихической регрессией (отдаленный период заболевания). Характерный признак малоподвижности при психоорганическом синдроме — общая заторможенность может сменяться внезапными приступами двигательной расторможенности, общего возбуждения, часто с агрессивными тенденциями.
  - 5) Диссоциативный субступор.
  - 6) Малоподвижность — как проявление общей аспонтанности при лобных поражениях мозга.

### **Малоподвижность в сочетании с нормальной речевой активностью**

Если представить себе образ здорового человека, находящегося в малоподвижном состоянии, но активно говорящего и к тому же высказывающего свои идеи окружающим, то сразу встает образ лектора. При этом каждый согласится, что гораздо приятнее слушать и наблюдать игру актера, пусть и неважного, чем слушать лектора, даже если он говорит полезные вещи. Почему? Потому что актер выражает свои переживания не только словом, но и телом, всей психомоторикой (мимикой, пантомимикой, позой). Поэтому у зрителя не возникает внутреннего диссонанса,

наоборот, при хорошей игре возникает состояние эмоциональной вовлеченности. Лектор, наоборот, создает впечатление говорящего монумента или говорящей тумбы, которой так часто пользуется читающий лекцию. Поэтому лектор рано или поздно начинает вызывать раздражение, неприятие, скуку, связанные с физиологическим диссонансом, состоянием, когда слушатель должен интроецировать чужие идеи, никак не реагируя на них ни эмоционально, ни двигательльно.

*/Закономерно Встает Вопрос, а как же быть с учебой, в которой большая часть материала воспринимается на слух. Но мы также хорошо знаем, что любой материал, воспринятый сенсорно, только тогда становится неотъемлемой частью нашего профессионального знания, когда этот материал будет «отработан» на практике /.*

По сути дела, то, что происходит между лектором и слушателем, представляет собой проекцию, и у каждого здорового человека, по-видимому, есть определенный запас терпения выдерживать какой-то период времени (1—3 часа) эту проекцию в силу ее рационального значения (ценность знаний). Если же ценностная значимость проецируемых идей равна нулю или идеи являются ложными, то речь идет либо о «пустой», либо параноидной проекции. Поэтому субъект, который находится в малоподвижном состоянии, но при этом активно высказывается, должен настроить врача в отношении наличия у пациента параноидных механизмов, особенно если данный субъект вызывает чувство раздражения или скуки. К примеру, так выглядят ипохондрики, которые «в красках» описывая свои болезненные переживания, в целом выглядят «застывшими», во всяком случае, не страдающими.

### **Малоподвижность в сочетании с многословием**

Речь идет о сочетании заторможенности движений или телесной заторможенности с расторможенностью в речи. Именно так выглядит человек, хотя и недолго, в состоянии сноговорения. Можно также представить себе образ грезящего наяву оракула или предсказателя, сидящего в застывшей позе и высказывающего какие-то сумбурные, символически окрашенные мистическим значением фразы. Подобные состояния всегда указывают на наличие фазовых состояний сознания и могут наблюдаться при галлюцинаторных состояниях, состояниях измененного сознания (онейроид), истерических сужениях сознания.

### **Повышенная двигательная активность**

**Психомоторное возбуждение** представляет собой «двигательную бурю» (Э. Кречмер), свидетельствующую о внезапной регрессии организма к филогенетически древним поведенческим формам реагирования на стресс. Двигательная буря — это типическая реакция живых существ на жизнеопасный стресс, когда быстро пускаются в ход одно за другим все движения, находящиеся в распоряжении данного существа, причем они постоянно повторяются в вертящемся круговороте. Целесообразность такого возбуждения состоит в том, что среди многих беспорядочных движений найдется одно, которое случайно выведет животное из опасной ситуации.

Среди здоровых людей подобное психомоторное возбуждение можно наблюдать в ситуации паники.

Если же психомоторное возбуждение мы наблюдаем у пациента, то оно свидетельствует о выраженной регрессии к более древним формам поведенческого реагирования,

вызванной каким-либо патологическим процессом в головном мозге. Причины психомоторного возбуждения:

- 1) Кататоническое возбуждение, особенно такое его проявление как фуга;
- 2) Возбуждение при сумеречном или делириозном помрачении сознания;
- 3) Диссоциативное возбуждение или конвульсии;
- 4) Паническое расстройство или психомоторное возбуждение на высоте тревожного аффекта;
- 5) Психомоторное возбуждение на высоте депрессивно-витального аффекта (раптус меланхоликус).

**Беспокойство или ажитация** — более слабая степень психомоторного возбуждения, связанная с наличием тревожного аффекта. При этом можно наблюдать теребление рук, ерзанье на стуле, вскакивание с места. В какой-то степени тревожное беспокойство является проявлением расторможенности, но с выраженной тревожной окраской.

**Расторможенность** — усиленная двигательная активность, вызванная ослаблением волевого контроля над произвольным поведением. Расторможенность — это не психомоторное возбуждение в более слабой степени его проявления, это качественно иное состояние. Многие психиатры, отмечаящие в объективном статусе пациента такой симптом, как расторможенность, в основном имеют в виду определенный поведенческий паттерн, который напоминает поведение ребенка, или поведение человека в состоянии алкогольного опьянения. Стоит подчеркнуть, что расторможенность есть проявление не столько количественного усиления двигательной активности, сколько проявление подчеркнуто выраженного *непроизвольного* его характера, вышедшего из-под контроля самого субъекта и не поддающего контролю извне, со стороны других лиц. Закономерно возникает вопрос, чем тогда расторможенность от-

личается, например, от кататонического возбуждения? Чтобы ответить на данный вопрос, необходимо более подробно остановиться на феномене расторможенности.

Расторможенность не всегда сопровождается усиленной двигательной активностью. Например, больной в беседе с врачом может вести себя довольно спокойно, но при этом потягиваться, зевать, ковырять в носу и т.д., что позволяет психиатрам в описании статуса использовать такие формулировки, как «не соблюдает дистанцию», «не соблюдает приличий» и т.п.

Расторможенность, как поведенческий феномен прежде всего, означает, исходя из этимологии самого слова, ослабление сознательного контроля над произвольным поведением. В определенной степени речь идет о патологии волевых процессов. О расторможенности говорят только тогда, когда у больного фиксируется бодрствующее сознание. Следовательно, не следует относить к расторможенности поведенческие феномены, протекающие при неясном сознании, такие, как амбулаторный автоматизм, сомнабулизм, онейроидная кататония. Конечно, в перечисленных состояниях больной осуществляет непроизвольное, автоматизированное (подкорковое) поведение, но, главное, он его *не осознает*. Для пояснения приведем следующий пример. Пациент, страдающий шизофренией, с синдромальным диагнозом «кататоническое возбуждение» демонстрировал следующее поведение: стереотипно, в течение нескольких часов, без усталости он совершал движения, наподобие тех, которые совершает человек, когда рубит дрова, при этом он подпрыгивал и издавал одни и те же слова неприличного содержания. В строгом понимании это не психомоторное возбуждение, которое характеризуется, в основном, хаотичностью. Описываемое поведение характеризуется, прежде всего, непроизвольностью, автономностью,

стереотипностью, символической окрашенностью, возможно, значимостью и неосознанностью. В крайнем случае, можно говорить о кататонно-импульсивной расторможенности.

Вернемся к «классической» расторможенности, которая является одним из трех основных симптомов маниакального состояния (маниакальной триады). Как это не покажется парадоксальным, в проявлении маниакальной расторможенности присутствует и элемент воли, и элемент осознания.

Расторможенность — это сложный психофизический процесс, который подробно описан Э. Кречмером в его исследовании истерических феноменов, включающий в себя следующие компоненты:

- 1) рефлекторное возбуждение подкорковой поведенческой активности — от несложных рефлекторных актов (тремор, рвота, тики) до более сложных подкорковых автоматизмов с символической, часто неосознаваемой «загруженностью» (наподобие поведенческих паттернов в вышеприведенных примерах);
- 2) ослабление волевого контроля, направленного на подавление рефлекторной активности, с одной стороны, но, с другой —
- 3) полусознательное направление произвольной активности, хотя и слабой, но все-таки волевой активности, *на поддержание и усиление* рефлекторного возбуждения.

В норме произвольное и рефлекторное движение никогда не сливаются, они перекрещиваются. Если у человека возникает рвотное движение, это движение носит рефлекторный или произвольный характер. Далее, субъект может усилием воли его подавить — и это будет произвольное подавление. Но субъект может и не подавлять рвот-

ное движение. Конечно, человек не может только усилием воли, произвольно вызвать акт рвоты, но, если возникнет рефлекторный позыв, он может некоторым усилием воли *поддержать, усилить* рефлекторный акт рвоты — так возникает неукротимая рвота при истерии. Если попросить здорового человека дрожать, то вряд ли ему это удастся достаточно полно и достаточно долго. И только при истерической расторможенности мы видим, что субъект может часами дрожать, без конца рвать, и это ему не составляет никакого труда, дается «без устали».

Почему в случае расторможенности субъект поддерживает рефлекторное возбуждение? Можно объяснить это, наблюдая поведенческие реакции здоровых людей или детей. Представим себе человека, у которого налицо воспалительная реакция с подъемом температуры, и его знобит, «трясет». Как он может реагировать на озноб? Много зависит от ситуации, окружения, его личностных установок. Он может усилием воли в значительной мере ослабить озноб, и каждый согласится с тем, что это будет требовать значительного напряжения (человеку придется «собрать волю в кулак»). Но если он находится в постели в номинации «заболевшего», при наличии заботы и ухода от окружающих, то индивид может позволить себе «трястись вволю», при этом он может заметить, что это ему удастся *легко*, и он не испытывает усталости. Именно в силу того, что рефлекс делается доступным сознательной воле, и их **слияние** порождает чувство легкости, в последующем тенденция к расторможенности, как субъективно приятному состоянию, закрепляется в поведении человека.

Аналогичное закрепление можно найти в поведении ребенка в зависимости от характера его воспитания и его индивидуальных особенностей. Представим себе ситуацию — ребенок упал и слегка ушибся, и у него может возникнуть

рефлекторный акт даже не плача, а просто вскрика. Он также может подавить этот рефлекторный акт, если его интерес сосредоточен на каком-либо занимающем его объекте. И он может «закатиться в плаче» надолго, даже позабыв о вызвавшей его причине — как правило, рядом находится сверхзаботливая и тревожная мать. В дальнейшем закреплении подобного поведения у ребенка, несомненно, большую роль играют эмоциональные факторы.

Таким образом, в расторможенности, как стойком поведенческом феномене, несмотря на то, что изначально она инициируется рефлекторным возбуждением, главным является его произвольное (полуосознаваемое) усиление, мотивированное: а) ситуативностью, б) чувством легкости и в) эмоциональной подпиткой. Все три перечисленных фактора — ситуативность, легкость и эмоциональность, мы можем наблюдать и при выполнении произвольных движений, отшлифованных в процессе мастерства и доведенных до уровня автоматизма, например, в триумфальном исполнении балетного танца. Но, чтобы прийти к этому, нужны годы кропотливых и изнурительных тренировок. Совсем по-другому выглядит дикая пляска шамана, который с помощью психоактивных веществ, путем самонаведения транса, по сути, достигает состояния расторможенности и активизации подкорковой двигательной активности, носящей архетипически-символическую окраску. Последующее усиление и произвольное подкрепление пробужденных поведенческих паттернов приводит к тому же самому — легкости, эмоциональному насыщению, отсутствию усталости. Шаман может плясать до тех пор, пока просто не упадет от физического истощения. Так же выглядели истерические психозы под названием пляски Св. Витта.

Расторможенность — это, прежде всего, поведенческое расстройство, которое характерно для следующих состояний:

- 1) маниакальное состояние;
- 2) гиперкинетический синдром и другие формы нарушенного поведения у детей;
- 3) нарушение поведения в связи с деменцией, дефектом личности, диссоциальным расстройством личности.

От собственно поведенческой расторможенности следует различать гиперкинезы и навязчивые действия, которые можно охарактеризовать как «парциальную расторможенность».

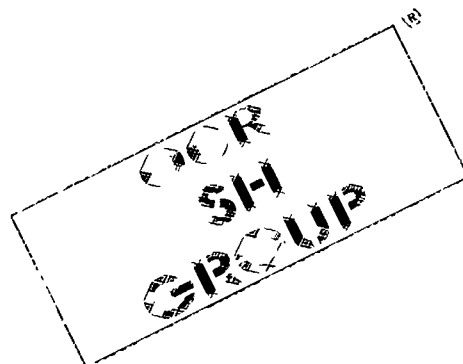
**Гиперкинезы** — двигательные расстройства, в которых очень четко проявляется рефлекторное раздражение, которое не задерживается сознательно-волевым контролем (лица, страдающие гиперкинезами, могут их даже не замечать). Однако при гиперкинезах отсутствует произвольная поддержка рефлекторных актов (более того, очень часто гиперкинезы, в зависимости от ситуации, подвергаются сознательному репрессивному контролю), гиперкинезы эмоционально интактны и потому имеют большее сходство с неврологическими феноменами, такими как судороги, тики, хорея.

**Навязчивые и компульсивные действия** — более сложные по структуре поведенческие проявления, диктуемые повторяющейся внутренней активностью со стремлением совершать символически окрашенные поведенческие паттерны, сопровождающиеся в случае навязчивостей выраженным компонентом борьбы с ними, попыткой волевого их подавления и потому вовсе не сопровождающиеся чувством легкости. Фактор ситуативности здесь играет, в отличие от обычной расторможенности, наоборот, не разрешающую, а подавляющую роль. Единственная эмоциональная «подпитка» навязчивых и компульсивных явлений — это непродолжительное *чувство облегчения* и временного

спокойствия после их исполнения, можно сказать, облегчение после «выделения» из себя рефлекторного акта.

**Неадекватность поведения.** В широком смысле слова, все вышеперечисленные поведенческие нарушения можно считать неадекватными. О неадекватном характере поведения следует говорить в тех случаях, когда собственно нет двигательных или волевых нарушений, и поведение в целом является произвольным, но неадекватным, т.е. находящимся в когнитивном рассогласовании с окружающей средой. Например, поведение больного, испытывающего вербальный галлюциноз угрожающего содержания или переживающего бред преследования, является неадекватным, так как находится в когнитивном рассогласовании с реальностью (но при этом, данное поведение вполне адекватно психотическим переживаниям пациента).

Следующим этапом в описании психического статуса пациента является описание психомоторной сферы, куда относится поза, пантомимика, мимика.



## **РАЗДЕЛ IV. ПОЗА, ИЛИ РАСПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА**

Расположение тел в пространстве, как живых, так и неживых объектов, отражает некоторое состояние динамического равновесия между физическими свойствами самого предмета и физическими свойствами окружающей среды. Например, положение камня, лежащего на ровной поверхности, может быть одним, и положение этого же камня, зажато среди других камней, может быть совсем другим. В первом случае мы можем сказать, что камень лежит свободно, во втором случае, что он втиснут, зажат.

Что касается человека, то окружающее его пространство является не только физическим — человек с самого рождения окружен социальным пространством, именно последнее играет определяющую роль в расположении человека в пространстве, что принято называть позой. К примеру, если вы увидите лежащего на земле человека, который не умер и не болен, а просто отдыхает, то у вас сразу возникнет мысль, что это бродяга. С точки зрения его физического взаимодействия с материальной средой у него все в порядке — ему захотелось полежать, и он принял удобное положение тела в удобном для него месте. Однако современное общество не поощряет подобное поведение — в местах общественного пользования нельзя лежать, спать, нельзя совершать физиологические отправления и т.д. Потому в контексте его социального взаимодействия с окружающей средой его поза будет являться неадекватной.

Позу сидящего перед вами пациента следует оценивать по четырем векторам, приведенным в нижеследующем рисунке:

- I. Открытость, как проявление свободы от социальных норм и запретов.
- II. Открытость, как проявление полного доверия в межличностном общении, что проявляется в такой форме, как близость-слияние.
- III. Скованность и подавление, как проявление «двигательной несвободы», отражающей неспособность к спонтанности в случае скованности и общую психическую фрустрацию (реакцию на запрет) в случае подавления.
- IV. Закрытость, как проявление базового недоверия к окружающим.

Хотя такие качества личности, как открытость и свобода или спонтанность, являются атрибутами нормы, следует подчеркнуть, что в норме человек, живущий в обществе, никогда не является до конца открытым и до конца свободным и является в какой-то степени закрытым и скованным. Патология имеет место тогда, когда проявления позы резко смещены к одному из указанных векторов, что выделено на рисунке серым цветом.

**Открытость** как проявление свободы от социальных норм и запретов. Субъект с патологической открытостью не столько свободен от реальных социальных норм, сколько от собственного самоконтроля со стороны Супер-эго. Снижение контролирующей и репрессирующей функции Супер-эго может быть временным явлением, например, в состоянии алкогольного опьянения, а может быть явлением постоянным, например, при слабоумии, особенно при лобных поражениях мозга.

Открытость-  
свобода



Открытость-  
доверие

Скованность



Закрытость

Как выглядит поза человека в состоянии открытости? Открытость вовсе не означает наличие какого-либо вычурного положения тела, человек может находиться в самой обычной позе. Открытость позы проявляет себя в контекстуальном отношении. В качестве крайнего проявления открытости можно представить себе человека, глядя на которого, вы понимаете, что, если вдруг с него исчезнет вся одежда и он окажется перед вами обнаженным, то его поза ничуть не изменится — это и есть открытость. Понятно, что подобная открытость окружающими людьми, включая и психиатров, часто наделяется такими определениями, как «нахальность», «развязность», «бесстыдность», в более умеренном проявлении описывается как «раскованность», «самоуверенность», неуместная свобода в поведении.

Основные состояния, при которых наблюдается патологическая открытость:

- 1) алкогольное опьянение, особенно на фоне алкогольной деградации личности;
- 2) маниакальное состояние;

- 3) состояние неясного или измененного сознания, включая амбулаторный автоматизм и истерическое сужение сознания;
- 4) кататония;
- 5) шизофренический дефект личности;
- 6) слабоумие.

Открытость позы может быть выражена не столь ярко и может даже производить впечатление нормативности — речь идет об **открыто-доминирующей позиции**. Представьте себе человека, стоящего с широко расставленными ногами (или сидящего с широко расставленными коленями), с развернутой вперед грудью, с расправленными плечами, руками, упершимися в бедра, с расставленными в стороны локтями. Подобная поза указывает на открытую доминирующую позицию индивида (поза альфа-самца), характерную для некоторых личностных расстройств (возбуждаемая психопатия).

**Открытость-доверие.** Речь идет о чрезмерной открытости чувственных переживаний. Как, удивится дилетант, разве больной не должен полностью быть открытым врачу? Нет, как это много лет назад установил Фрейд — как бы ни хотел пациент до конца довериться врачу, всегда работает механизм сопротивления, связанного с защитной функцией Эго. Именно сопротивление, а не его отсутствие, является показателем психического здоровья. Если пациент открыт в своих чувствах, независимо от объекта контакта (это может быть врач, санитар, уборщица), то подобная открытость указывает на отсутствие защитной функции Эго. Отсутствие эго-защиты может быть временным явлением, например, при остром психозе (галлюциноз, острый чувственный бред, шизоаффективное расстройство), и может быть стабильным симптомом при шизофреническом дефекте личности, при слабоумии.

**Патологическая закрытость**, наоборот, указывает на гиперкомпенсацию защитных механизмов Эго, связанных, как минимум, с подозрительностью и настороженностью субъекта по отношению к внешнему миру, и, как максимум, с персекуторным бредом. Можно сказать, что закрытость позы отражает некий поведенческий параноидный континуум, в котором окружающий мир и окружающие люди воспринимаются то более, то менее, но преимущественно враждебно. Подобная интерпретация враждебности окружающих людей связана с механизмом проекции собственного чувства враждебности. Поэтому патологическая закрытость почти постоянно наблюдается при галлюцинаторно-бредовых состояниях, сопровождающихся поведенческим негативизмом.

Как выглядит человек в закрытой позе? Если вы внимательно наблюдаете за таким индивидом, то вы можете увидеть плотно сжатый рот, руки, скрещенные на груди, крепко стиснутые колени. Закрытость позы может проявлять себя и не так отчетливо, например, человек может время от времени щурить глаза, прикрывать ладонью лицо, глаза, рот, скрещивать ноги одна на другую, сидеть к собеседнику вполоборота, отводить взгляд в сторону и т.д. Может наблюдаться и такое — сочетание закрытости с открытым доминированием, например, пациент садится перед вами на стул, опираясь локтями о спинку стула, повернутую к вам. Получается что-то противоречивое — с одной стороны, грудь и живот он от вас защищает, а его широко разведенные колени говорят о претензии на доминирование.

От закрытости следует отличать **замкнутость**, хотя, думается, что замкнутость изначально инициируется закрытостью. При закрытости субъект все-таки находится в контакте с окружающими, которых он оценивает враждебно и поэтому вынужден соответственным образом от них

отгораживаться. При замкнутости субъект также отгорожен от окружающих, но другим способом, который сродни дереализации; при этом он не испытывает ни враждебности, ни каких-либо других чувств по отношению к окружающим его людям, поскольку от всего внешнего человек отрешен. Представьте себе человека, собирающегося заснуть, — с одной стороны, он закрылся от мира (одеялом, закрытием глаз, позой «калачика»), но с другой стороны, он свободен в своем желании заснуть и уйти в мир грез и сновидений. Замкнутость, таким образом, представляет собой сочетание закрытости от внешнего мира и свободы в своем внутреннем мире. Поза замкнутого человека, который чаще всего выглядит именно отрешенным, производит впечатление не столько защищающегося, сколько просто неуязвимого.

Замкнутость — широко распространенный симптом в клинике психических расстройств и заболеваний и наблюдается при следующих состояниях: аутизм, шизоидная интроверсия, галлюцинаторно-бредовые состояния, ониризмы, атипичная депрессия (депрессия с дереализацией, апатическая депрессия), психоорганическое расстройство.

**Скованность.** Скованность является результатом внутреннего самоподавления, поэтому речь идет о психической скованности, в отличие от скованности неврологической (например, при паркинсонизме), хотя психическая скованность в своих крайних проявлениях (например, при кататоническом ступоре) выглядит как тяжелое неврологическое расстройство. Психическая скованность — это проявление внутренней несвободы, отсутствие спонтанности в волевых проявлениях индивида, отражающаяся в его поведении и, естественно, позе. Свободная поза — это поза естественная, непринужденная, спонтанная, в какой-то степени пластичная. Свобода вовсе не равно-

значна расторможенности, поскольку свободная поза характеризуется наличием контроля со стороны Супер-эго. Свободная поза означает наличие гармонического равновесия между произвольностью спонтанного характера и ограничивающим самоконтролем. Перевес в сторону неконтролируемой спонтанности, отсутствие ограничений со стороны Супер-эго приводит к возникновению таких состояний, как расторможенность, патологическая открытость. Перевес в сторону ограничения спонтанности, ограничения свободной активности и усиления репрессии со стороны Супер-эго и есть самоподавление, которое проявляет себя трояко: собственно в виде скованности, подавленности и напряженности.

Скованность представляет собой ограничение спонтанной активности на интрапсихическом уровне, в результате волевой блокады (оцепенение, ступор). Скованность отражает, прежде всего, редукцию самосознания и осознания собственной воли. С.Л. Рубинштейн, описывая этапы онтогенеза самосознания человека, показал, что у ребенка первым этапом становления самосознания является овладение собственным телом, возникновение произвольных спонтанных движений. Когда мы наблюдаем за субступорозным больным и констатируем у него скованность, у нас всегда есть впечатление того, что пациент как бы не владеет собственным телом.

*/Перед Вами сидит молодой человек, страдающий шизофренией. Он сидит молча, уставившись взглядом в одну точку. Если его предоставить самому себе и ни о чем не спрашивать, он может просидеть так сколько угодно, так и не поинтересовавшись, зачем его вызвали в кабинет. На задаваемые вопросы отвечает кратко, формально. За все время беседы он так и не меняет изначальное положение тела, не совершает абсолютно*

никаких движений. Вдруг его просят показать, как кидают мяч в баскетбольную сетку — он быстро встает и довольно правильно демонстрирует бросок мяча (участвует все тело — руки, ноги). Далее, его просят что-нибудь станцевать — он быстро начинает и тут... появляется скованность, ноги начинают заплетаться, движения замедляются. В чем дело? — Больной не в состоянии самостоятельно управлять своими движениями, он выполняет только те действия, которые инициируются извне, чужой волей. Поэтому, когда инструкция ясная, простая и конкретная (показать, как бросают мяч в кольцо), проблем не возникает. Когда инструкция более сложная (что-нибудь станцевать), индивид сталкивается с условием — самому решать, что именно танцевать, и здесь обнаруживается блокада спонтанности. Ну, и конечно, самое главное — больной не протестует и даже не интересуется, зачем его заставляют совершать какие-то действия /

Скованность может сопровождаться как повышенным, так и пониженным мышечным тонусом, скованный пациент может быть пассивно подчиняемым, но может проявлять и негативизм.

Скованность обычно сочетается с общей малоподвижностью. Но, если малоподвижный человек производит именно такое впечатление — совершает мало движений, то скованный пациент производит впечатление, что в его волевой сфере произошел какой-то разлад. Чаще всего скованность является симптомом кататонических состояний, ступорозных и субступорозных. Поскольку скованность онтогенетически связана с редукцией самосознания, она может наблюдаться при психической регрессии с ослаблением сознания Я (шизофренический дефект, деменция, психоорганический синдром).

**Напряженность.** При напряженности нет волевого разлада в сознании, спонтанная активность сохранена. Индивид находится в контакте с окружающим миром, на который реагирует соответствующими «позывами» к действию, но действия не происходит, оно задерживается буквально на мышечном уровне, что можно наблюдать визуально. Это может быть общее напряжение, и тогда человек выглядит как натянутая струна. Это может быть напряжение отдельных групп мышц — лицевых («желваки»), шейных («борцовская разминка» головы), верхних конечностей (руки сведены за спину «в замке», либо зажаты между коленями), нижних конечностей (постукивание стопами о пол в сидячем положении). Напряженность свидетельствует о наличии повышенной аффективной возбудимости, последняя может быть проявлением личностного расстройства, наблюдаться в структуре параноидного синдрома, либо в структуре аффективного расстройства (чаще всего биполярного расстройства смешанного типа).

**Подавленность** позы имеет место тогда, когда индивид испытывает эмоциональное переживание *невозможности*. Поэтому состояние подавленности ближе всего к понятию фрустрации. При подавленности главное условие проявления любой жизни, как в животном, так и растительном мире — свободный рост и развитие, самопроизвольность, — переживаются как невозможные. При этом больной чувствует тяжесть, ощущение надлома, бессилие, отчаяние, возникают мысли о смерти. Характерная поза больного в состоянии подавленности — опущенная голова и плечи, согнутость, внешне больной так и выглядит — либо «сломленным», либо «придавленным к земле». Подавленность является характерным признаком большой депрессии.

В психиатрической практике мы едва ли найдем пациента с определенной «чистой» позой открытости или закрытости. Чаще можно наблюдать различные сочетания, которые вкупе с различными проявлениями двигательной активности создают полиморфные психопатологические картины. Можно привести некоторые из основных клинических симптомокомплексов.

### ***Депрессивный синдром***

- Малоподвижность + открытость-доверие + подавленность — характерны для большой депрессии.
- Малоподвижность + замкнутость — характерны для атипичной депрессии (с дереализацией).
- Малоподвиженность + напряженность — характерны для биполярного расстройства.
- Малоподвижность + закрытость — характерны для депрессии с параноидом.

### ***Тревожное расстройство***

Для тревожных пациентов характерно состояние открытости-доверия, вот почему тревожные пациенты «льнут» к людям, а не закрываются от них. Но у них можно наблюдать и состояние открытости — свободы, которое и вызывает чувство тревоги, поскольку предполагает поведение, свободное от норм. Не случайно многие тревожные больные отмечают у себя страх сойти с ума, потерять контроль над собой, и при этом одновременно производят впечатление расторможенности или демонстративности — хватаются за грудь, импульсивно вскакивают, ходят по кабинету, пьют воду прямо из крана и т.д.

Поскольку у тревожных пациентов одновременно присутствуют и репрессивные тенденции, то открытость позы

перемежается с подавленностью или скованностью, что характерно для тревожно-депрессивных состояний.

### ***Кататонические расстройства***

- Открытость-свобода + психомоторное возбуждение — представляют собой кататоническое возбуждение (импульсивная кататония).
- Открытость-свобода + расторможенность — характерны как для маниакально-кататонного состояния, так и гебефренического возбуждения.
- Скованность + открытость-доверие — характерны для ступора или субступора с пассивной подчиняемостью.
- Скованность + закрытость — характерны для ступора с негативизмом.
- Скованность + замкнутость — характерны для ступора с мышечным оцепенением («поза эмбриона»).
- Скованность + расторможенность — характерны для таких психопатологических проявлений, как стереотипии, вербигерации, а также навязчивые действия (при навязчивостях, в отличие от стереотипий и автоматизмов, имеет место критическое отношение и эмоционально окрашенный элемент борьбы и сопротивления).

Далее, переходим к описанию мимики, которое позволяет нам более точно охарактеризовать эмоциональную сферу психики больного.

## **РАЗДЕЛ V. ВЫРАЖЕНИЕ ЛИЦА, МИМИКА И ВЗГЛЯД**

Основополагающим фактором в межличностном общении является способность к эмпатии. Последняя определяется как способность чувственно понимать, угадывать эмоциональное состояние другого человека. Прежде чем мы определим тактику взаимодействия с другим человеком, мы «читаем» его выражение лица, затем как бы «примеряем» его на себя и определяем то чувство, которое соответствует данному выражению лица. Допустим, вас сильно развеселил некий анекдот, и вы спешите поделиться этим веселым анекдотом с приятелем. Вы обращаетесь к нему, и слова застывают у вас на губах — у вашего приятеля скорбное выражение лица и потухший взгляд. «Примерив» его выражение лица на себя, вы находите иницилирующее данную мимику чувство боли, скорби или отчаяния. Далее вы спрашиваете себя, если бы вы все это чувствовали, захотелось бы вам слушать анекдоты. Находите разумный ответ — нет. Далее тактика вашего общения с ним носит радикально другой характер. Все эти, казалось бы, сложные операции неосознанно проделывают все психически здоровые люди. Неспособность к эмпатии является серьезным личностным дефектом и наблюдается среди многих психических расстройств, начиная от личностной патологии и кончая слабоумием.

Из огромной эмоциональной палитры эмоций и чувств, свойственных человеку, рядом исследователей (К. Изард,

Е. Бартлетт, С. Томкинс, Р. Плутчик и др.) были выделены и подробно описаны так называемые фундаментальные эмоции, биологически детерминированные и принимающие участие в адаптации организма. К ним относятся: интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина. По мнению Р. Плутчика, сложные чувственные состояния индивида образуются путем самых разнообразных сочетаний фундаментальных эмоций (гнев + радость = гордость; радость-приятие + страх = скромность и т.д.).

### ИНТЕРЕС

Когда мы говорим о том, что человек испытывает интерес, прежде всего мы имеем в виду определенную стимуляцию индивида и его определенную степень возбуждения. Основные эмоциональные определения, характеризующие состояние интереса — *внимательный, собранный, концентрированный*.

**Внимательный.** Как выглядит внимательный человек? Прежде всего, речь идет о «внимательном взгляде» («внимательно посмотрел», «внимательно разглядывал»), при этом мимические реакции остаются индифферентными. Состояние внимательности означает, что человека привлек какой-то объект из внешнего мира («зацепил» внимание); это состояние также означает, что начался процесс восприятия, т.е. на фоне общего диффузного мироощущения проявляются объекты в виде предметного восприятия (фигура на фоне). Быть внимательным — это еще значит быть активным, бодрым, осознающим.

Состояние внимательности, следовательно, можно отнести к критериям психического здоровья, к норме. Психиатрам в своей врачебной деятельности чаще приходится сталкиваться с обратным явлением — нарушением функции

внимания, которое встречается при самых разнообразных психопатологических состояниях. Поэтому, если в кабинете психиатра в качестве пациента вдруг окажется человек, который внимательно разглядывает врача, окружающие предметы, внимательно следит за тем, чем занимается врач (пишет, отвечает по телефону и т.п.), то у врача должен возникнуть вопрос, что, собственно говоря, этот человек делает в его кабинете?

**Собранный.** Собранность, в отличие от внимательности, характеризуется векторностью. Внимательность предполагает поисковую активность разнопланового характера, при этом главной целью является создание «картины мира». Собранность же можно представить как поиск конкретного объекта в окружающем мире (к примеру, собранность охотника), или как предстартовую готовность перед совершением конкретного действия в конкретной среде. Поэтому можно говорить о собранном взгляде, о собранном выражении лица («подобранность»), о собранной позе и даже походке. Собранность, так же как внимательность, является критерием психического здоровья. И, наоборот, неспособность индивида собраться, свидетельствует о его психической нестабильности. Интересно, что тревога — это также готовность, это также поиск, но лишённые векторности. Поэтому состояние собранности следует отличать от состояния настороженности. В состоянии настороженности нет интереса к миру, но есть тревога и страх. Собранный человек нацелен на достижение результата в реальном мире, настороженный нацелен на бегство от реальности. Собранный взгляд всегда прямой и твердый, устойчивый, настороженный взгляд — неустойчивый (уходящий в сторону, опускающийся).

**Концентрированный.** Концентрированность — это собранность, сосредоточенность в себе. Представьте себе

пианиста, выходящего на сцену — он собран. Но, говорят, что пианисты незадолго до концерта проигрывают свою партию в уме — если мы застанем его в таком состоянии, мы можем увидеть состояние концентрированности. Концентрированность — это преддверие собранности, когда некая проблема, прежде чем она будет реализована во внешнем мире, решается во внутреннем плане сознания человека. Длительное состояние концентрации в определенной степени патологично, потому что предполагает: 1) интроекцию внешней проблемы в сознание человека; 2) длительное возбуждение определенных нейронных зон (доминанта Ухтомского); 3) отсутствие двигательной активности. Нормальный человек способен выдерживать это состояние только потому, что рано или поздно состояние концентрации переходит в состояние собранности, заканчивающейся деятельностью.

Патологическая концентрация характерна для бредовых состояний — патологичность заключается даже не в том, что больной сосредоточен на ложной идее, а в том, что его состояние концентрации внимания никогда не переходит в собранность и конструктивную деятельность. Таким образом, «проблема» такого пациента не решается, потому что не может быть решена, поэтому у него постоянно сохраняется патологический очаг возбуждения в нейронных зонах.

*/Хороший пример бредовой концентрированности приведен М. Булгаковым в «Мастере и Маргарите», когда профессор психиатрии Стравинский предложил поэту Ивану Бездомному все его подозрения и обвинения в адрес «иностранного консультанта» изложить в письменном виде. И далее мы видим, что Иван не смог справиться с этой, казалось бы, легкой для него, для поэта, задачей: «Иван работал усердно, и перечеркивал написанное,*

*и вставлял новые слова, и даже попытался нарисовать Понтия Пилата, а затем кота на задних лапах. Но и рисунки не помогли, и чем дальше — тем путаннее и непонятнее становилось заявление поэта» /*

Как выглядит концентрированный человек? Можно представить себе образ студента на экзамене, который, взяв билет, готовится к ответу. Во всем облике проявляется интроверсия — активная, сознательно-волевая и целенаправленная. Лицо может быть напряженным, особенно в области лба, где могут появляться вертикальные складки на переносице. Взгляд не то чтобы отрешенный, скорее, он не фиксируется на предметах окружающего мира — к примеру, человек может смотреть на потолок, но при этом самого потолка не видит; можно сказать, что потолок сейчас является экраном, на котором проецируется проблема субъекта. Другая особенность состояния концентрированности — редукция качества, описанного выше, именно, появление невнимательности, рассеянности по отношению к объектам внешнего мира.

## УДИВЛЕНИЕ

Удивление — эмоциональная реакция человека на объект внешнего мира или ситуацию, для которых присущи а) необычность; б) неожиданность. Основные эмоциональные определения, характеризующие состояние удивления — *удивленный, изумленный, пораженный*.

Удивленный человек имеет характерное выражение лица — широко раскрытые глаза с редким миганием, застывшая мимика лица, отражающая недоумение, растерянность. Хотя удивление считается положительной эмоцией, но, глядя на лицо удивленного человека, например, на лицо ребенка, трудно прогнозировать, чем это удивление в дальнейшем сменится — то ли радостью, то ли страхом, то ли

плачем. Действительно, в норме как у детей, так и взрослых лиц, состояние удивления длится недолго, затем оно сменяется другим эмоциональным состоянием, чаще всего интересом. И только психиатрам приходится сталкиваться с более длительным эмоциональным проявлением удивления у больных, находящихся в психотическом состоянии. Классики психиатрии в свое время писали, что ничто так не удивляет человека, как галлюцинация. Удивляют человека также сновидения. Надо думать, что удивляют не только галлюцинации, но и другие психотические симптомы, например специфические расстройства мышления (открытость, звучание мыслей и т.д.), кататонические проявления и пр. Поэтому выражение недоумения, удивления в лице пациента в течение длительного периода указывает на психотическое состояние, которое нередко связано с изменением парциальных форм сознания.

**Изумленный, пораженный** — более интенсивные степени состояния удивления, развивающиеся в ответ на чрезвычайно необычный внешний раздражитель или чрезвычайную ситуацию. К характерному выражению лица добавляется общее двигательное оцепенение («остолбенел»). Разница между изумленностью и пораженностью заключается в плюсовом или минусовом значении эмоции — изумление в дальнейшем сменяется положительными эмоциями, например, восторгом; поражение — отрицательными эмоциями, чаще всего развивается состояние острого горя, отчаяния. Изумленное выражение лица в течение длительного периода характерно для онейроидных состояний.

### **Удовольствие, радость**

Удовольствие, радость — эмоциональные состояния, которые считаются самыми положительными, самыми приятными эмоциональными проявлениями, пережить которые

стремится каждый человек. Действительно, основные эмоциональные определения, характеризующие так называемое состояние приятия (приятное, желаемое) — это *радостный, счастливый, наслаждающийся*. Несмотря на схожесть данных определений, каждое из них отражает разное эмоциональное состояние.

**Радостный.** Всем знакомо радостное выражение лица, и каждый способен распознать чувство радости в другом человеке, даже если тот, другой, пытается его скрыть — радость выдают светящийся живой взгляд, или взгляд с блеском, оживленная бодрая мимика, часто улыбка, тем более смех. Радость — это не только приятное эмоциональное состояние, но и естественно здоровое состояние души (не случайно люди желают друг другу здоровья и радости). Патологической радости не бывает. Хотя психиатрам приходится иметь дело с маниакальными пациентами, но естественной радости у этих больных не наблюдается. Можно видеть оживленную мимику, даже смех, но в сочетании с застывшим или даже тоскливым взглядом, можно наблюдать болезненный блеск в глазах («горящий взгляд») в сочетании с мимической маловыразительностью, монотонностью мимических реакций. И самая существенная разница заключается в том, что естественная радость, в отличие от маниакального состояния, продолжается недолго — к примеру, даже так называемая триумфальная радость, несмотря на ее интенсивность, все-таки быстро заканчивается и сменяется успокоением.

**Счастливый** — эмоциональное определение, характеризующее высокую степень проявления радости. Например, то эмоциональное состояние, которое психологи обозначают как триумфальная радость, в обиходном выражении обозначается как *счастливый*. В состоянии счастья человек испытывает, можно сказать, трансцендентную ра-

дость, ощущение того, что некие высшие силы ему помогли. В каких ситуациях человек может чувствовать себя счастливым? Например, если человек случайно выиграл в лотерею и получил большой приз или если в спортивном состязании, которое шло к проигрышу, вдруг неожиданно для всех фортуна повернулась лицом к проигрывающему, и все закончилось для него победой. Люди могут испытывать счастье и со слезами на глазах — вы можете увидеть этих людей на кадрах кинохроники Дня Победы. Поэтому в состоянии триумфальной радости к чувству радости еще подмешиваются другие эмоции — изумления-восторга или печали-вины. Может возникнуть вопрос, как может ощущение счастья сочетаться с чувством печали и вины. Зададим вопрос по-другому — что испытывали, например, спасшиеся заложники теракта в Беслане? И радость, и печаль одновременно, и счастье, и душевную боль.

Таким образом, ощущение счастья возникает, когда человек чувствует, что некие высшие силы, недоступные для его понимания, либо одаривают его, либо хранят, защищают. И, наоборот, человек чувствует себя несчастным, когда чувствует себя «неудачником по жизни».

Однако ощущение счастья может носить и патологический характер, например, в случае экстатически-бредовых состояний, когда человек, к примеру, считает себя приближенным к Богу. Клинически в таких случаях диагностируется экспансивный религиозный бред, окрашенный эйфорическими переживаниями. На Руси таких больных нередко называли «блаженными». Экстатические проявления могут наблюдаться в структуре онейроидного изменения сознания, или даже при ониризмах.

В других, менее болезненных состояниях человек может патологически стремиться «испытать удачу» — поэтому он без конца играет в азартные игры или даже в русскую

рулетку, при этом он, возможно, стремится пережить ощущение счастья.

**Наслаждающийся** — так говорят о человеке, который получает удовольствие в высшей степени его выраженности. Один пациент, страдающий опийной наркоманией, так описал состояние наркотического опьянения — «чувство полного и глубокого удовлетворения».

Речь всегда идет о телесном, вегетативном удовольствии — удовольствии от приема пищи, сексуальном удовлетворении, об удовольствии, связанном с опорожнением кишечника и мочевого пузыря, или о мышечном удовольствии после массажа, об общем телесном удовольствии после посещения бани и т.д. Ощущение удовольствия может также возникнуть после резкого прекращения негативной сенсации — внезапное прекращение боли, напряжения, голода, жажды и пр. также может сопровождаться ощущением наслаждения.

Как выглядит человек, получающий удовольствие? Выражение лица — довольное и одновременно безразличное, расслабленное, взгляд — отрешенно-отсутствующий, общая мимическая пассивность. Такое выражение лица как бы говорит вам: «Я получил все, что хотел, и теперь мне все безразлично».

Встает, правда, вопрос — существует ли эстетическое наслаждение, когда человек наслаждается музыкой или другим произведением искусства? Чтобы получить правильный ответ, надо ответить на другой вопрос — человек, который с «удовольствием» слушает музыку, имеет такое же выражение лица, какое мы наблюдаем у человека после секса, принятия пищи или получившего сеанс массажа? Разумеется, нет. Определенно, эстетическое воздействие существует, но речь идет о том, что эстетическое восприятие пробуждает чувства — самые разнообразные, даже

те, которые считаются негативными, например, музыка может вызвать печаль и слезы. Но человеку это нравится, нравится *чувствовать* вообще, и тем более, испытывать «высокие чувства». Скорее всего, люди в подобном состоянии используют термин «наслаждающийся», чтобы подчеркнуть, что духовные чувства для него так же важны, как телесное наслаждение.

Навязчивое стремление к получению удовольствия-наслаждения свидетельствует о наличии регрессивных личностных тенденций, о личностной деградации. На определенном этапе такого личностного снижения развивается такой симптом, как *благодущие*. Благодущие — состояние хронического удовлетворения, но невысокой степени выраженности, т.е. не до степени наслаждения. При этом человек всем доволен — миром, собой, ничто не способно вывести из состояния душевного покоя, вернее, душевного застоя. Выражение лица при благодущии, также как при удовлетворенности, выглядит довольным и более безразличным. Благодущие является симптомом многих психических заболеваний, сопровождающихся личностным снижением и снижением дифференцированных чувств, таких как любовь, патриотизм, гордость и многие им подобные. Постоянное присутствие благодущия является стойким признаком общей личностной регрессии.

### ГОРЕ, ПЕЧАЛЬ

Горе относится к депрессивным переживаниям человека, развивающимся в ответ на потерю, утрату чего-то дорогого, например, близкого человека. Депрессивные переживания, не связанные с реакцией горя, являются патологическими и носят полиморфный характер. Основные эмоциональные определения, используемые для описания депрессии — *унылый, печальный, тоскливый, сломленный*.

**Унылый.** Как выглядит унылый человек? Чтобы представить лицо унылого человека, можно вспомнить выражение лиц у людей, застрявших в аэропорту по причине задержки рейса. В основном, все лица отражают скуку, постепенно переходящую в уныние. Уныние, которое, по сути, является уже депрессивным переживанием, в данном случае отражает состояние фрустрации. Последняя связана с тем, что человек вынужден остановиться в своем жизненном движении, в своей спонтанной активности и находиться в состоянии неопределенности. Конечно, многим такой спад настроения не нравится, поэтому каждый по-своему старается бороться со скукой — кто-то идет к игральным автоматам, кто-то принимает спиртные напитки, кто-то пытается заснуть, кто-то в очередной раз пытается выяснить причину задержки рейса и заодно высказать свое возмущение.

Уныние, как стабильное состояние настроения, свидетельствует о наличии депрессии, чаще всего из круга дистимических расстройств. Выражение лица такого человека можно характеризовать как унылое, безрадостное, вялое, скучное, неинтересное, которое не меняется в процессе вашего с ним общения (в отличие от пассажира задержанного рейса, у которого мгновенно меняется выражение лица, как только объявляют посадку на самолет). Взгляд унылого человека также безрадостный, «погасший», как бы лишенный «цепкости» и «остроты».

**Печальный, тоскливый.** Эти эмоциональные определения отражают одно и то же эмоциональное состояние тоски, но разной степени выраженности. Можно сказать, что тоска — это душевная боль, душевная рана, а печаль — это шрам в душе, зажившая рана, но которая периодически ноет. Тоскливый человек сразу бросается в глаза, и этот образ настолько характерен, что его нельзя спутать

ни с чем другим. Этот образ можно сравнить с образом убитых горем людей, сидящих у гроба близкого человека. Выражение лица — скорбное, либо страдающее, измученное, отражающее сильную боль в душе. Всегда поражает взгляд — мало сказать, что он тоскливый, мрачный, в нем ощущается какая-то темная, затягивающая глубина; иногда возникает чувство, что этот взгляд действует на вас опустошающим образом. Поэтому невероятно трудно давать эмоциональную поддержку тоскливому пациенту, хотя он в ней очень сильно нуждается. Психиатры нередко, описывая статус пациента с тоскливой депрессией, используют термины «подавленный» и «сломленный», которые на самом деле характеризуют позу; действительно, нельзя сказать про тоскливого больного, что его выражение лица «подавленное» или «сломленное». Во всем многообразии психопатологических проявлений можно увидеть и такую картину — поза пациента выражает подавленность, сломленность, а лицо при этом выражает безучастность или даже благодушие. В подобных случаях следует думать о расщеплении аффекта шизофренической природы.

### **ВИНА**

Мимика, сопровождающая переживание вины, не столь выразительна, как мимическое выражение любой другой отрицательной эмоции. Дело в том, что переживание вины включает в себя не только эмоциональный компонент, но в значительной мере когнитивный компонент, именно идеи виновности, греховности, раскаяния. Нередко можно наблюдать и нарочитую демонстрацию виновности, например, чтобы смягчить наказание. Существует ли чувство вины в «чистом» виде? Мы знаем, что тоскливая депрессия, так же как переживание горя, довольно часто сопровождается ощущением виновности; при этом человек выглядит как

любой другой, переживающий чувство тоски. Зададим вопрос по-другому, какое чувство может испытывать человек, *знающий* о своей виновности и *принимаящий* эту вину (например, совершивший убийство поневоле)? Скорее всего, это будет также чувство печали и тоскливости. И все-таки, можно найти мимический образ, который будет соответствовать понятию *виноватый*. Это смиренное выражение лица, опущенный взгляд. Хотя кающуюся Магдалину рисуют со взглядом, направленным вверх, к Богу, но общий контекст картины отражает не столько раскаяние, сколько мольбу о прощении. На этом примере мы видим разницу между двумя переживаниями — *виноватый* и *раскаивающийся*. Виноватый человек может переживать тоскливость и быть подавленным, раскаивающийся — просит о прощении, стало быть, надеется на то, что на него не падет «груз» депрессивных переживаний.

### ГНЕВ

Гнев — эмоциональное состояние, которое развивается у человека в состоянии, которое, обобщая, можно назвать состоянием фрустрации — когда человека ограничивают в свободе, создаются препятствия на его пути к получению удовольствия, любых других приятных эмоций, либо создаются препятствия на его пути к достижению цели. Гнев — эмоция сильная, о чем свидетельствуют сопровождающие ее физиологические изменения (подъем артериального давления, сердцебиение, напряжение мышц, увеличение концентрации гормона стресса кортизола и др.). Усиленная физиологическая атрибутика гнева служит главной цели — разрушению объекта или причины, вызвавшей гнев.

Причиной гнева может также служить так называемая аверсивная стимуляция (по Berkowitz), иначе, раздражающая стимуляция (жара, холод, скверные запахи и т.д.).

Проявление гнева может быть разной степени выраженности и разного качества, о чем можно судить по характеру различных эмоциональных определений — *гневный, яростный, недовольный, злобный, раздраженный*.

**Недовольный** — эмоциональное определение, характеризующее слабую степень проявления гнева, которое развивается у человека в ответ на фрустрацию. Можно представить себе лицо недовольного ребенка, которому отказали в его просьбе, например, купить игрушку или покататься на карусели. Мимическое выражение недовольства сосредотачивается в области рта — губы сжимаются и слегка выпячиваются вперед, углы рта заостряются и опускаются. Именно про такое лицо говорят, что «скорчил мину». Демонстрация недовольства всегда носит «адресный» характер, но в отличие от выраженного гнева представляет только пока демонстрацию возможности развития гнева. Поскольку целью недовольства не является разрушение или удаление фрустрирующего объекта, поэтому недовольство не сопровождается характерными для гнева физиологическими изменениями.

Хроническое выражение недовольства у взрослых отражает присутствие дисфорического аффективного тона, либо свидетельствует о наличии параноидной установки личности. Человек как бы находится в состоянии стабильной фрустрации, однако, в реальности такого состояния не бывает, стало быть, индивид субъективно воспринимает свое бытие среди окружающих людей как постоянно фрустрируемое. Такой человек ощущает, что все его начинания: желания, инициативы, идеи — все обречено на отказ в силу враждебного отношения со стороны окружающих. Такая параноидная установка характерна не только для параноидных пациентов. Хронически недовольное выражение лица можно наблюдать у хронических невротиков,

сосредоточенных на своей личностной позиции «жертвы». Ну, что же, возможно, потому этот невротик является хроническим пациентом, резистентным к терапии, что, возможно, в клинической картине, наряду с невротическими симптомами присутствует параноидный радикал. Чаще всего недовольное выражение лица можно наблюдать у пациентов с ипохондрическими переживаниями.

**Раздраженный** — также слабая степень проявления гнева, которая чаще всего развивается у субъекта на аверсивную стимуляцию. Когда мы говорим о патологической раздражительности, речь идет не о сильных раздражителях, а о повышенном пороге реагирования на обычные раздражители, т.е. о состоянии сенсibilизации. В качестве примера можно привести все проявления гиперестезии — светобоязнь, непереносимость громких звуков, запахов и т.п. Раздраженный — это в меньшей степени психический феномен, а скорее, феномен неврологический. Доказательством может служить проявление гиперестезии и раздражительности при инфекционном менингите. Мимическое выражение раздражения носит более рефлекторный характер — чаще всего наблюдается непроизвольное сокращение лобных мышц в области переносицы, сощуривание глаз, при этом человек выглядит так, будто он съел что-то кислое или у него внезапно заболела голова. Раздраженный субъект, в отличие от недовольного, *не демонстрирует* вам своего раздражения (хотя он может реагировать раздражением на задаваемые ему вопросы точно так же, как на резкий звук или яркий свет), а рефлекторно проявляет свою возбудимость. Поэтому если мы фиксируем у больного раздраженность, мы должны думать о синдроме гиперестезии.

**Гневный, яростный** — наиболее яркие проявления эмоционального состояния гнева. Всем знакомо специфичес-

кая мимическая экспрессия гнева, которая к тому же дополняется вегетативной «окраской». Весьма характерное сокращение лобных мышц и движение бровей. Брови опущены и сведены, кожа лба стянута, образуя на переносице или прямо над ней небольшое утолщение. Хотя надо помнить, что морщины на переносице (вертикальные складки) не обязательно означают, что человек сердится, такие же складки наблюдаются при концентрации внимания. Взгляд — заостренный, прищуренный, фиксирован на источнике раздражения и гнева. Губы сжимаются, превращаясь в две тонкие параллельные линии, при этом они могут слегка выпячиваться. Углы рта теряют свойственную им округлость, становятся резко очерченными. Сжатые зубы и плотно сжатые губы являются универсальным способом выражения гнева в цивилизованном мире, хотя изначально архаический человек, так же как и животные, выражал свой гнев оскаленными зубами. Современный человек может проявлять ярко выраженный архаический гнев, т.е. оскаливать рот, если находится в состоянии активной борьбы, битвы.

К вегетативным проявлениям гнева относятся покраснение лица, инъекция склер, блеск глаз (сверкающий взгляд), учащенное дыхание (раздувающиеся ноздри). Гнев — эмоция, которая быстро сменяется поведенческим паттерном агрессивного характера и поэтому не может длиться долго. Целью этого поведения является устранение раздражителя, вызвавшего чувство гнева. Вот почему многие люди широко используют защитные механизмы Эго, предотвращающие возникновение гнева, чтобы уберечься от разрушительного поведения, грозящего попасть на скамью подсудимых. Часто повторяющиеся вспышки гнева, возникающие в ответ на незначительные раздражители, являются основным признаком синдрома аффективной возбудимости при эмоционально-неустойчивом личностном расстройстве.

**Злобный** — эмоциональное состояние, которое, также как и гнев, часто сопровождается агрессивным поведением, но, можно сказать, на сознательном уровне. Агрессивное поведение человека, испытывающего гнев, носит скорее рефлекторный характер. Почему? Потому что не только эмоционально, но и физиологически человек готов к «бурному» проявлению двигательной активности, однако его агрессивное поведение хотя и носит разрушительный характер, но при этом не всегда бывает «адресным», т.е. направленным на какого-либо конкретного человека. Гневный субъект может, к примеру, рушить неживые объекты, попавшиеся ему под руку, наносить удары или повреждения самому себе.

Основные отличия гнева от злобы:

- 1) Злоба проявляется во взгляде («злобный», «звериный», «недобрый» взгляд) и по сравнению с гневом имеет более бедные мимические, а также незначительные сомато-неврологические проявления.
- 2) Причина гнева лежит во вне, поэтому развивающееся эмоциональное состояние быстро сменяется агрессивным поведением, направленным на устранение источника гнева, т. е. на *борьбу*. Если источник гнева самоустранился (смиряется, обращается в бегство и т.п.), то гнев сменяется позитивной эмоцией, например чувством победы, радости, удовлетворения. Источник злобы лежит внутри, хотя сам субъект этого может не осознавать, поэтому он, ища жертву или козла отпущения, по существу совершает проекцию, обнаруживаемое здесь поведение не является борьбой, а есть *насилие*, которое может давать временное ощущение псевдорадости в виде «злой радости» или злорадства. Но, поскольку у субъекта, совершающего насилие, не наблюдается полного освобождения

от ощущения внутреннего источника зла, нет переживания полной и истинной радости, ощущение злобы быстро возвращается, и опять возникает потребность в насилии.

- 3) Гнев — здоровое эмоциональное состояние, непродолжительное по времени; патологичным является учащение приступов гнева на незначительные раздражители. Злоба — патологическое эмоциональное состояние, известное как дисфория или как липемания в старой психиатрической литературе (Ломброзо Ч.), которое длится гораздо дольше в виде болезненных затяжных эмоциональных состояний.
- 4) Злоба всегда направлена на живые объекты, способных «принять» проекцию — на беззащитных, зависимых и слабых, включающих не только людей, но и домашних животных. Так же как и гнев, злоба может быть обращена на самого себя, только в этом случае дело не доходит до самоповреждений, а проявляется в форме мучительных переживаний. Поэтому, если в беседе с больным, который «так измучился» от своей болезни, или который страдает хроническим болевым синдромом, вам вдруг удастся встретиться со злобным взглядом, то речь идет о скрытой дисфории.

### **ОТВРАЩЕНИЕ**

Отвращение — эмоциональное состояние, которое в целом можно охарактеризовать как состояние неприятия субъектов или объектов внешнего мира. Человек может не принимать, т.е. выказывать отвращение по отношению к неживым объектам (пища, запахи, даже цвет) и к живым объектам, включая животных и людей.

Мимические проявления отвращения примерно такие же, как при недовольстве или раздражении, часто субъект еще сморщивает нос (как бы задерживает дыхание). Обращает на себя внимание тенденция отталкивания или объекта от себя или себя от объекта. В последнем случае человек слегка отводит голову назад, либо отворачивает голову. Можно представить себе образ ребенка, которого «воротит» от навязываемой ему манной каши.

Формы проявления отвращения следующие:

- а) предубеждение;
- б) пресыщение или отравление;
- в) идиосинкразия.

В основе **предубеждения** лежит чужой, навязанный извне опыт. Самые распространенные — это расовые, националистические и религиозные предубеждения, при которых человек реагирует на человека другой расы, другой национальности или другой веры точно так же, как реагирует житель Крайнего Севера, привыкший есть оленину, на предложение съесть мясо змеи, лягушки или блюдо, приготовленное из некоторых членистоногих насекомых.

Представьте себе человека, который высказывает негативную точку зрения о каком-либо человеке или категории людей, с кем он даже не имел личного опыта общения, и свою негативную оценку базирует на мнении других, близких или авторитетных для него людей. Возможно, этот человек просто заблуждается. Но, если вы при этом часто наблюдаете у него мимику отвращения, просто недовольства или раздражения, речь идет о попытке проекции-выделения, в основе которой лежит реальное отвращение — отвращение к собственному ментальному интроекту, внедренному в психику человека как раз этими близкими и авторитетными для него людьми. Надо сказать, что подобные индивиды, обнаруживающие болезненные предубеж-

дения, редко встречаются среди пациентов психиатрического контингента, хотя эти лица определенно обнаруживают психологические проблемы.

**Пресыщение** или **отравление** связано с проблемой метаболизма, неважно, о каком метаболизме идет речь — углеводном, белковом или информационном. При *отравлении* речь идет о негативном качестве принятой пищи или принятой информации (когда «ядовитые слова травят душу»). При *пресыщении* поступающая пища или информация могут носить даже позитивный характер, но в большом количестве они действуют как отравляющие агенты. И тогда даже черная икра может стать тошнотворным ядом, как это было показано в фильме «Белое солнце пустыни».

Депрессивные больные нередко могут выглядеть как отравленные в силу реального снижения метаболических процессов, как на соматическом уровне, так и на уровне информационной переработки. Характерные жалобы при этом — «мучительно на душе», «плохо», «все опротивело». Если подобные жалобы подкрепляются характерной мимикой лица, речь идет не только об эмоциональном состоянии отвращения, но и реальном эндотоксикозе, требующем медикаментозного вмешательства.

**Идиосинкразия** — индивидуальная резковыраженная несовместимость субъекта с каким-либо веществом или объектом внешнего мира, которая переживается как чувство *омерзения*. Речь идет о биологической несовместимости, генерированной генным конфликтом, например, когда человек не переносит какие-либо продукты или химические вещества. Правда, этот конфликт не переживается как ярковыраженное эмоциональное состояние отвращения. Гораздо более эмоциональной выглядит идиосинкразия по отношению к каким-либо животным, например, многие люди испытывают чувство омерзения по отношению к змеям,

тараканам, паукам, и это не является простым предубеждением. Природа этого явления непонятна, определенно речь идет об архетипическом конфликте — конфликте между высшими личностными структурами в человеке и его темной инстинктивной природой. Интересно, что длительно болеющие душевнобольные, у которых низшее бессознательное давно вышло из-под сознательного контроля, слабоумные пациенты, а также асоциальные психопаты, обнаруживающие отсутствие высших личностных структур, никогда не испытывают чувство омерзения. При этом некоторые поведенческие проявления данных индивидов могут вызвать чувство омерзения у здоровых людей (например, проявления нечистоплотности у некоторых больных).

### ПРЕЗРЕНИЕ

Презрение — эмоциональное состояние, мимические проявления которого довольно трудно описать, но при этом каждый человек способен распознать выказываемое ему презрение по тем негативным чувствам, которые у него самого при этом возникают, когда он в ответ на презрение со стороны другого испытывает обиду, стыд, гнев, вину, печаль. Считается, что презрение — холодная эмоция, но ее демонстрация другому человеку вызывает у этого человека самые «горячие», живые чувства. В этом моменте кроется уже нечто противоречивое.

Далее, отношение презирающий — презираемый предполагает так называемое параноидальное неравенство. Выражая презрение, человек в буквальном смысле становится выше: он выпрямляется, слегка откидывает голову и смотрит на объект презрения как будто сверху вниз. Брови могут быть также приподняты, уголки губ могут быть сжаты или быть слегка приподнятой нижняя губа. Почему мы в данном случае говорим именно о параноидальном

характере неравенства, т.е. предполагая, что сама идея доминирования является патологичной? Ведь мотив доминирования, мотив власти не является патологией, это нормально, когда каждый человек стремится подняться выше других, в чем-либо отличиться. Все дело в том, что когда какой-либо человек достигает успеха в конкретном деле *на самом деле*, он испытывает не презрение, а радость, связанную с чувством самоуважения (можно вспомнить А.С. Пушкина, который воскликнул, завершив написанное: «Ай да Пушкин, ай да сукин сын!»). И только человек, который реально ничего не достиг, но просто обладающий какой-либо властью и главное, *считающий* сам себя выше других людей, вместо радости испытывает презрение. Все-таки какой-то компонент извращенной радости присутствует, поэтому в мимике презрения нередко присутствует усмешка или кривая ухмылка.

Как было сказано выше, презрение — холодная эмоция. Действительно, здесь мы сталкиваемся с парадоксом — презрение является эмоцией, условием для которой является общее чувственное снижение, снижение эмоциональной откликаемости и снижение эмоциональной эмпатии. Взгляд человека, выказывающего презрение, отличается холодностью, даже какой-то неподвижностью, что делает его «убийственным». В целом, сталкиваясь с проявлениями эмоции презрения у пациента, мы должны думать об: а) наличии параноидных тенденций; б) эмоционально-чувственном снижении.

### **СТРАХ, ТРЕВОГА**

Основные эмоциональные определения, которые используются для описания страха и тревоги — *испуганный, панический, беспокойный, страшный, ужасающий*. Нередко пациенты обращаются к врачу с жалобами на то, что у них

«страхи», но, рассказывая о своих «страхах», своим выражением лица они могут демонстрировать все что угодно, только не сам страх, например, раздражение, недовольство, страдание, благодушие и даже эйфорию. Хотя субъект, на самом деле переживающий страх или тревогу, имеет довольно выразительные типические характеристики.

**Испуганный, панический.** Всем знакомо выражение лица напуганного человека — это расширенные глаза с выраженной поисковой активностью («бегающий» взгляд), мимика отражает растерянность, потерянную, часто имеет место бледность лица. Термин *панический* отражает крайнюю степень испуганности, и, в отличие от последней, сопровождается выраженным двигательным возбуждением. Паническое состояние наблюдается только в течение короткого периода времени. Испуганное выражение лица может сохраняться более длительное время. Если подобное выражение лица мы наблюдаем достаточно долго, и для его возникновения нет объективных внешних причин (к примеру, если речь не идет о заложниках, захваченным террористами), то речь идет о состоянии страха или тревоги, вызванной болезненными факторами. Чаще всего испуганное выражение лица наблюдается при остро развившемся психическом расстройстве — при остром галлюцинозе, измененном состоянии сознания (делирий, онейроид), при остро возникших нарушениях мышления шизофренической природы. Собственно тревожное расстройство, как оно понимается в клинической интерпретации, редко сопровождается испуганным выражением лица.

**Беспокойный.** Представьте студента перед началом экзамена — про его выражение лица можно сказать, что оно беспокойное. Если испуганный человек — это человек, который уже встретился с чем-то, что вызвало в нем страх, то беспокойный пока только предполагает или предчув-

ствуется, что он встретится с чем-то плохим (в случае экзамена — плохой оценкой). Беспокойная мимика, естественно, очень подвижна, без определенного постоянного выражения лица, наблюдается выраженная поисковая активность глаз — все это сопровождается общим возбуждением. Определение «беспокойный» больше подходит для описания тревожных состояний разной степени выраженности — от фобических расстройств до генерализованного тревожного расстройства, в котором беспокойство уже перерастает в агитацию.

**Страшный, ужасающий.** Данные определения формально относятся к переживанию страха, однако, используются для описания более сложного эмоционального переживания. Когда люди говорят про что-то или кого-то, что «это ужасно», «это страшно»? Когда они сталкиваются с объектом или субъектом, который не столько их пугает, сколько отталкивает, вызывает неприязнь и отвращение. Бывает и такое, что ужасный объект притягивает, несмотря на страх и отвращение (например, персонажи фильмов ужасов). Выражение лица человека, испытывающего ужас, выглядит безумным — широко открытые глаза, в которых отражается и страх, и удивление, и что-то такое, которое заставляет нас говорить «безумный взгляд», мимика лица — застывшая, неподвижная. У душевнобольных нередко можно наблюдать именно такое застывшее выражение лица — будто они увидели голову медузы Горгоны и окаменели от ужаса. В реальности речь идет о больных шизофренией с кататоническими расстройствами, с онирическими включениями, а также с шизоаффективным расстройством.

### **Стыд, смущение**

Стыд, смущение — эмоциональные состояния, которые включают в себя не только собственно эмоциональный

компонент, но в большой мере также компонент когнитивный, поведенческий, а также определенный паттерн личностного реагирования, который в целом можно обозначить как «я слабый». К. Изард в своей книге «Психология эмоций» приводит интересное наблюдение за поведением двух маленьких девочек. Одна из сестер, когда к ней подошел экспериментатор, быстро отвернула лицо, пробежала несколько шагов ближе к матери и, не глядя на экспериментатора, обхватила ногу матери и спрятала лицо в юбке. Ее сестра, игравшая с куклой в сторонке, увидев эту сцену, быстро поднялась и, решительно приблизившись к экспериментатору, сказала: «Она стесняется. Хочешь поиграть с моей куклой?». В описанном наблюдении речь идет не о том, что у первой сестры возникла эмоция стыда, а у второй этой эмоции не развилось, и уж конечно, не о том, что вторая девочка лишена чувства стыда. Речь идет о разных личностных характеристиках: первый ребенок — слабый, неуверенный, второй — сильный, уверенный в себе.

Нет ни одной мимической реакции, которую можно было бы безоговорочно отнести к проявлению смущения или стыда. Принято считать, что при смущении человек отворачивает голову, прячет или опускает глаза, в некоторых случаях краснеет, при стыде к тому же опускает голову и как бы весь сжимается в маленький комочек.

Основные составляющие переживания при смущении — это переживание беззащитности и беспомощности, открытости и уязвимости, при стыде к этим составляющим добавляется чувство униженности.

Часто переживаемое чувство смущения указывает на нарушение личностного роста, когда формируется неврас-теническая личность, обладающая следующими эмоциональными характеристиками: «робкий», «застенчивый», «стеснительный». Эти же эмоциональные характеристики мож-

но наблюдать у любого пациента с проявлениями личностной регрессии — при деменции (чаще всего сосудистой этиологии), при шизофреническом дефекте по астеническому типу, при посттравматическом стрессовом расстройстве.

Стыд — в отличие от смущения, более сильное эмоциональное переживание, которое характеризуется острым чувством самоосознавания при полной утрате защитной функции эго. Человек как бы вдруг переживает себя таким, какой он есть «на самом деле», при этом переживание может быть не только «плохим», но и «хорошим». Что чувствует совсем маленький ребенок в присутствии своей матери, когда она, к примеру, купает его, раздевает, меняет ему запачканное белье. Можно сказать, что у него есть переживание открытости, беспомощности, даже слабости, но нет того, что мы называем отрицательным эмоциональным состоянием «стыд». Что чувствует человек, который обращается к Богу в полной своей «душевной наготе»? Он так же, как младенец, переживает перед Всевышним свою открытость, слабость и собственную малозначимость, но нельзя сказать, что он переживает стыд. По-видимому, человек начинает чувствовать стыд, как эмоциональное проявление открытости, когда у него вдруг по разным причинам возникает некое физиологическое состояние, схожее с состоянием младенца, но в присутствии Чужих, не близких ему людей.

И все-таки стыд считается отрицательной эмоцией, потому что в этом состоянии защитные механизмы Эго не функционируют, что приводит к дестабилизации когнитивных процессов (сбитость с толку, растерянность, потерянности, несообразительность) и дестабилизации поведенческих реакций (оцепенение, скованность). Перечисленные проявления эмоции стыда во многом напоминают некоторые

симптомы шизофрении, такие как расстройства ассоциативного процесса (шперрунг, симптом открытости мыслей) и кататонические явления. В норме чувство стыда является кратковременным эмоциональным состоянием, далее вступают в действие защитные функции Эго, которые способствуют трансформации чувства стыда либо в другие эмоциональные состояния, либо в поведенческие реакции. Действие этих защит можно также наблюдать и у больных шизофренией с проявлениями синдрома открытости.

Различают следующие формы защиты от переживания стыда:

- 1) эмоциональная защита, когда чувство стыда сменяется либо чувством вины (репрессия со стороны Супер-эго), либо чувством гнева (агрессия со стороны Эго);
- 2) поведенческая защита — в виде реакций избегания и изоляции (можно вспомнить характерный упрек-вопрос воспитывающего родителя, обращающегося в своему чаду: «Ну, что ты стоишь, как истукан? Тебе не стыдно?»);
- 3) параноидная защита, когда вступают в действие механизмы Эго в виде различных когнитивных защит — отрицание («этого не было»), рационализация («сейчас я объясню причину этого»), проекция («на себя посмотри»).

Ни одну из этих форм защиты нельзя назвать конструктивной, поскольку каждая из них, если используется достаточно долго, представляет психопатологический симптомокомплекс — депрессивный (чувство вины), психопатоподобный (агрессия), регрессивный (изоляция), параноидный.

Мы рассмотрели фундаментальные эмоции, знаем, как их идентифицировать и с какими психическими состояниями ассоциировать. Однако остается открытым вопрос —

## Раздел V. Выражение лица

---

как трактовать амимию, когда выражение лица пациента безучастно, маскообразно? При наличии амимии следует думать о следующих состояниях:

- 1) неясное сознание (оглушение);
- 2) дереализация — деперсонализация;
- 3) деменция, олигофрения;
- 4) апатико-абулический дефект при шизофрении.

Итак, мы можем описать психическое состояние больного, которое включает в себя: поведенческую реакцию на контакт с врачом (положение в терапевтическом пространстве), двигательную и речевую активность, позу и психомоторику.

Далее мы должны определить основной запрос пациента, памятуя о главном предназначении врача — лечить больного, а не болезнь. Однако, запросы больных бывают разные, порой самые неадекватные, хотя больной может этого и не осознавать.

## **РАЗДЕЛ VI. ЗАПРОСЫ БОЛЬНОГО: ПОТРЕБНОСТИ НУЖДЫ И ПОТРЕБНОСТИ ЖЕЛАНИЯ**

Запрос больного не равнозначен его жалобам, хотя источником запроса являются жалобы, однако между ними нет прямой и однозначной связи. Например, человек может пожаловаться вам на головную боль и при этом обнаружить самые разнообразные запросы по отношению к вам. Возможно, он ожидает, что вы дадите ему лекарство или сделаете массаж головы, возможно, он ищет сочувствия и поддержки, а, возможно, он таким образом оправдывает свою несостоятельность. Подобных примеров самых разных запросов при одной и той же жалобе можно привести достаточно много.

Поэтому очень важно, выслушивая жалобы пациента, попытаться определить его запрос, который, в отличие от жалоб, более четко отражает потребности пациента.

Следует различать **потребности нужды** и **потребности желания**. В первом случае человек *нуждается* в чем-либо настолько, что фрустрация данной потребности делает его нездоровым в широком понимании этого слова — не способным к активной жизнедеятельности. Во втором случае человек что-либо *желает*, и фрустрация данного желания сопровождается неким психическим дискомфортом. /Можно более четко представить разницу между двумя понятиями, если использовать английский язык — «I need»,

*что означает «я нуждаюсь, мне необходимо», и «I want», что переводится, как «я хочу, желаю» /.*

### **ПОТРЕБНОСТИ НУЖДЫ**

Потребности нужды — это в большей степени биологические потребности, возникающие при нарушении функционирования различных органов и систем. Можно сказать, что потребности нужды отражают функционирование инстинкта самосохранения, активированного в условиях патологии. В медицинской практике можно наблюдать потребности нужды, которые условно можно разделить на следующие:

1. Потребность выживания, например при всех жизнеопасных состояниях.
2. Потребность избавления от боли и страдания. В психиатрии классическим примером является потребность депрессивного больного в избавлении от душевной боли и чувства тоски.
3. Лекарственная зависимость, предполагающая, что прекращение приема какого-либо лекарственного вещества может привести к развитию жизнеопасных состояний. Примером может служить инсулинозависимость, зависимость больного, страдающего эпилепсией от противосудорожных веществ, абстинентный синдром в клинике алкогольной и наркотической зависимости.
4. Потребность выделения представлена в широком ряде самых разнообразных клинических состояний. Это и потребность в родоразрешении, и потребность выделения при запорах, задержке мочи, общая потребность выделения токсических агентов при инфекционных заболеваниях, отравлениях организма, эндотоксикозах.

5. Потребность в отдыхе, которая четко представлена при инсомнии и астеническом синдроме, особенно при синдроме хронической усталости.
6. Потребность в хорошем качестве жизни, которая не так давно считалась потребностью желания и даже социальным запросом. Речь идет о больных, страдающих хроническими заболеваниями, приведшими к стойкой инвалидизации, но которые, несмотря на тяжесть основного заболевания, имеют потребность в хорошем качестве жизни, что подразумевает, прежде всего, удовлетворительный характер социально-психологического проживания.

### **ЗАПРОСЫ ПАЦИЕНТА, СВЯЗАННЫЕ С ПОТРЕБНОСТЯМИ ЖЕЛАНИЯ**

Врачам общей практики приходится встречаться с запросами желания примерно в половине случаев всех обращающихся за медицинской помощью больных. В качестве доказательства можно привести простой, но нередко наблюдаемый феномен. Представьте себе двух пожилых приятельниц, страдающих умеренной формой атеросклероза, и которые обе наблюдаются в одной поликлинике, но у разных врачей. Обе получают лекарственные препараты, предусмотренные бюджетным финансированием, в том числе, к примеру, пирацетам. Но вот одна узнала, что ее подруге врач при очередном посещении выписал вместо пирацетама ноотропил — препарат импортный, более дорогой и, несомненно, «более эффективный». Что она делает? Идет к своему врачу с одной целью — добиться назначения ноотропила, при этом она может намеренно агgravировать свое болезненное состояние. С каким запросом мы сталкиваемся в подобном случае? — С ти-

пичным запросом желания на «обладание объектом», который можно выразить простой детской фразой «я тоже это хочу!».

Понятно, что невозможно осветить все запросы-желания, которые можно встретить в общемедицинской практике. Однако возможно перечислить наиболее распространенные запросы-желания, с которыми приходится сталкиваться врачу-психиатру или врачу-наркологу.

**Запрос на «обладание объектом»**, пример которого приведен выше. В настоящее время данный запрос со стороны пациентов в деятельности врача имеет актуальное значение, поскольку многие больные предъявляют запрос на «обладание» не только «более лучшими», по их мнению, лекарственными препаратами, но, что наблюдается гораздо чаще, запрос на обладание группой инвалидности, обеспечивающей рядом льгот (например, снижение коммунальных плат).

**Запрос на личностную трансформацию**, в чем-то напоминающий инфантильный запрос маленького ребенка на личностный рост. Когда ребенок, мечтая в один день стать взрослым, берет сигарету в рот (как папа), или красит губы (как мама), или требует от родителей чего-то такого, что сделает его взрослым, то эти поведенческие реакции отражают его желание трансформации — мгновенного перехода из состояния ребенка в состояние взрослости. При этом оценка взрослого состояния самим ребенком носит наивно-инфантильный характер, например, ребенок может считать, что «взрослым все можно». Точно так же психиатрические пациенты могут предъявлять врачам запрос под общим названием «хочу стать нормальным», при этом, четко не представляя себе, что это значит — быть «нормальным человеком» («тот, кого берут на работу», «тот, кто может жениться», «тот, кто не стоит на учете у психиатра» и т.д.).

Нередко подобный запрос может скрываться за несколько завуалированными фразами, такими как «хочу вылечиться», «хочу стать здоровым», или же за стойкими ипохондрическими высказываниями, не сопровождающимися соответствующей аффективной окраской боли или страдания. Подозрение на наличие у пациента подобного запроса должно возникнуть, если мы часто замечаем у него недовольное выражение лица (точно такое, как у ребенка, которому отказано в приобретении «взрослой атрибутики»).

**Запрос на личностный рост**, часто встречаемый у пациентов с личностной патологией и у пациентов с зависимостью, на первый взгляд, кажется естественным и адекватным. Его неадекватность у больных проявляется в том, что их потребность в личностном росте сопровождается одним малодушным условием — без усилий, без боли и без страдания. Даже мало осведомленные люди, не изучавшие психологию, утверждающую, что «процесс развития личности драматичен и требует мужества, чтобы подняться над собой», хорошо знают, что снижение требований к себе, снижение компетенции и деградация даются легко, а повышение требований к себе, повышение компетенции и собственное личностное развитие *вверх всегда* требуют усилий и даются нелегко.

В наркологической практике, конечно, можно встретить пациентов, которые могут иметь реальный и адекватный запрос на личностное развитие, но в этом случае они должны быть готовы к тем испытаниям, с которым им придется столкнуться. Если же пациент заявляет примерно следующее: «я намерен вылечиться от наркомании, но сегодня дайте мне наркотик», то в этой амбивалентности проявляется его некритичная самооценка. Какие признаки в пациенте указывают на неадекватность запроса на личностный рост? — Любые признаки, свидетельствующие об отсут-

ствии или недостаточном функционировании репрессивной функции Супер-эго: многословие, расторможенность, даже в легкой степени, выраженная тревожность, поисковая активность глаз, эйфоричность, дисфория, раздражительность, благодушие.

**Запрос на присоединение и поддержку**, отражающий степень личностной регрессии, когда пациент ведет себя так же, как ребенок или подросток, обращающийся к родителям за помощью и поддержкой, как только он сталкивается с серьезной жизненной проблемой. То, что нормативно для детей и подростков, в какой-то мере нормативно для заболевших взрослых, поскольку заболевший взрослый реально находится в зависимости от другого человека, именно, врача, обладающего большей компетентностью в области здоровья. Несомненно, каждый заболевший человек, нуждается не только в профессиональной помощи, но и дополнительно, в эмоциональной поддержке со стороны врача. Деонтологические нормы в какой-то степени требуют от медицинских работников оказания и этого вида «медицинской помощи», хотя здесь речь идет не о профессиональных способностях, а о моральных качествах врача.

Проблема возникает тогда, когда больной обнаруживает *только* запрос на эмоциональную поддержку, и, если врачу приходится часто оказывать именно такой род «медицинской помощи», у него неизбежно разовьется так называемый синдром «эмоционального выгорания». В подобном контакте между врачом и пациентов имеет место следующее — в высказываниях больного практически отсутствуют жалобы, связанные с реальными болезненными ощущениями; больной может только в начале беседы высказать жалобы, реально относящиеся к «анамнестическому прошлому» больного, но сейчас эти жалобы выполняют другую функцию —

функцию некоего «кода» или ключевой фразы, помогающих установить эмоциональный контакт с врачом.

Что делать врачу в подобных ситуациях, ведь в какой-то мере он обязан оказывать больному и моральную поддержку? Ответ ясен: настойчиво возвращать пациента к его жалобам на сегодняшний момент — «что у Вас сегодня болит?», «что Вас сегодня беспокоит?», «от чего Вы страдаете в *настоящее* время?».

**Запросы, связанные с потребностью манипулирования** другими, включая медицинских работников. В основе потребности к манипулированию лежит гиперкомпенсированный механизм психологической защиты преимущественно в форме параноидной проекции (термин «параноидный» здесь используется, чтобы подчеркнуть, во-первых, гиперкомпенсаторный характер защиты и, во-вторых, враждебное отношение к другим людям в форме манипулирования ими). Здесь возможны различные варианты проекции собственных скрытых переживаний на фигуру врача. Приведем некоторые из них:

*«Доктор, выслушайте мою историю...»*, при этом «история» пациента далеко не соответствует тому, что принято называть анамнезом заболевания.

*«Доктор, я страдаю депрессией. А Вы сталкивались с подобной проблемой?»* — В этой фразе за невинным вопросом, который, на первый взгляд, может указывать на естественный интерес пациента к компетентности врача, на самом деле может лежать неосознаваемая проекция, предполагающая столкновение врача с чем-то или с кем-то. Любой опытный психотерапевт, услышав вопрос «Вы сталкивались с подобной проблемой?», так проанализирует его для себя «попробуй только столкни меня с места», т.е. как настоящий вызов.

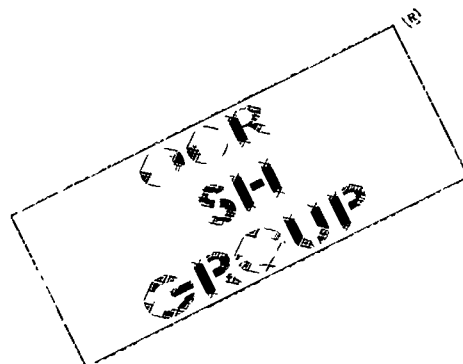
*«Доктор, мне нужен Ваш совет»* и далее, — «могу ли я со своим заболеванием сдавать экзамены, нервничать на работе, жить в плохих жилищных условиях, выполнять супружеские обязанности, выслушивать нарекания на работе и т.д.». Если совет будет *«положительным, хорошим»*, то больной может настоять на том, чтобы этот «совет» был подтвержден официально в виде медицинской справки.

*«Доктор, я хочу разобраться в своем заболевании и в своем диагнозе»*, — речь буквально о «судейском» запросе на то, чтобы разобраться в материалах «дела» — собственной истории болезни, в которой интерес представляет уже не сам «потерпевший», т.е. заболевший; весь интерес сосредоточен на главном виновнике случившегося, который должен быть наказан — ну, чем, не персекуторный бред?

К манипулятивным запросам можно отнести запросы пациента при так называемой «ипохондриии здоровья», когда пациент с помощью врача намерен контролировать, а по возможности, и манипулировать собственным телом. При этом выявляется сверхценная установка — «стопроцентное» здоровье, недопущение никакого, даже самого незначительного недомогания, недопущение старости и даже недопущение смерти. При этом врач воспринимается не как целитель, облегчающий страдание, а как «проводник», владеющий «тайными знаниями» здоровья и долголетия. Естественно, что рано или поздно, любой современный врач будет дискредитирован в глазах ипохондрика, и тогда он, потеряв надежду в поисках чудо-целителя, может сам заняться поисками «секретов жизни и смерти».

Какую линию поведения должен выстроить врач при обнаружении у пациента запросов, связанных с удовлетворением не насущных нужд, а с реализацией его желаний?

Первое, не давать пациенту никаких обещаний, даже если он предлагает «награду за излечение». Надо помнить, что речь идет не о лечении, а только об эмоциональном контакте между врачом и больным. Второе, возвращать больного в реальность его настоящего бытия — в осознание пациентом своих собственных реальных нужд и жизненно важных потребностей.



## **РАЗДЕЛ VII. МЕХАНИЗМ СИНДРОМАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ РЕШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ**

Следуя последовательному описанию психического состояния пациента, начиная с того момента, как он вошел в кабинет и как себя проявляет, выводится ряд психопатологических нарушений, из которых выстраивается основной симптомокомплекс. К примеру, больной избегает терапевтического пространства, что характерно для следующих клинических состояний (см. выше): 1) общая личностная регрессия с выраженной позицией избегания при олигофрении и деменции; 2) выраженные астенические состояния; 3) острое бредовое расстройство; 4) галлюцинаторное состояние; 5) нарушение сознания. Пациент — зрелого возраста, известно, что заболел он недавно, до болезни вел обычную трудовую и семейную жизнь. Поэтому сразу отпадает первая диагностическая версия — общая личностная регрессия (при олигофрении или слабоумии). Остается четыре других, одна из которых будет определена благодаря последующим выборам.

Рассмотрим механизм диагностики на конкретном примере.

### ***Задача № 1***

Больной, 38 лет. В анамнезе: Хронический тонзиллит, осложненный кардиогенно-вегетативными проявлениями. Описывает у себя «страхи» в течение последних двух лет.

**Жалобы.** На приступообразно возникающее ощущение спазма или «кома» в горле, сопровождающееся бурлением в кишечнике и чувством страха, на постоянное состояние тревожной готовности в ожидании приступов.

**Объективный статус.** Контакт доступен. Беседу начинает с жалоб, ожидает помощи и поддержки. Свои болезненные переживания описывает сбивчиво, непоследовательно. Речь несколько ускорена, отрывистая. Двигательно беспокоен, постоянно теребит пальцы рук. В чувствах открыт. Легкая сутулость, плечи опущены, сведены вовнутрь, дыхание поверхностное. Выражение лица беспокойное, взгляд «бегающий». Когнитивные процессы дестабилизированы, не в состоянии быть собранным, концентрированным.

Далее проводим диагностику по следующей схеме:

|                                            | Симптомы                                                                      | Синдромы                       |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Положение в терапевтическом пространстве   | Центральное, с запросом на помощь                                             | —                              |
| Двигательная и речевая активность          | Усиление речевой активности (отрывистая ускоренная речь)                      | Маниакальный, <i>тревожный</i> |
|                                            | Усиление двигательной активности (общее беспокойство, теребление пальцев рук) | <i>Тревожный</i>               |
| Поза: открытость — закрытость — подавление | Открытость-доверие + подавленность (опущение и сведение плеч)                 | Депрессивный                   |
| Выражение лица, взгляд                     | Беспокойная мимика, бегающий взгляд                                           | <i>Тревожный</i>               |

Среди всех выделенных синдромов подчеркнем те, которые встречаются 2 и более раз, в данном случае — «тревожный», который встречается 3 раза, «маниакальный» и

«депрессивный» — по одному разу, из них «маниакальный» отвергается, депрессивный синдром коморбиден тревоге.

Из всех выделенных синдромов выбираем очевидный: Смешанное тревожно-депрессивное расстройство.

Попробуйте аналогичным образом решить ниже следующие клинически задачи, не заглядывая сразу в правильное решение.

**Задача № 2**

Больной, 42 года, в анамнезе травма мозга.

**Жалобы.** По своей инициативе жалоб не предъявляет.

**Объективный статус.** Во все время беседы сидит с отрешенным видом, предоставляя жене описывать его болезненное состояние. Пассивен, малоподвижен. С начала беседы сидит в одной и той же позе — голова опущена, кисти рук зажаты между коленями. Спонтанно молчалив. На вопросы отвечает односложно, тихим голосом. Выражение лица унылое, уставшее, взгляд печальный. Часто на задаваемые вопросы реагирует мимикой раздражения — морщит лоб, сощуривает глаза, как при головной боли.

Схема диагностики:

|                                          | Симптомы                                  | Синдромы                                                                                                                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                        | 2                                         | 3                                                                                                                        |
| Положение в терапевтическом пространстве | Пассивная позиция                         | Атипичная депрессия<br>Психоорганический<br>Деменция                                                                     |
| Речевая активность                       | Малословие, тихая речь                    | Депрессивный                                                                                                             |
| Двигательная активность                  | Малоподвижность в сочетании с малословием | Галлюциноз<br>Субступор<br>(кататонический, диссоциативный)<br>Депрессивный<br>Психоорганический<br>Лобная аспонтанность |

Окончание табл.

| 1                                                | 2                                               | 3                                               |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Поза: открытость<br>— закрытость —<br>подавление | Замкнутость<br>(отрешенность)                   | Атипичная депрессия<br><i>Психоорганический</i> |
|                                                  | Подавленность<br>(опущенная голова)             | <i>Депрессивный</i>                             |
|                                                  | Напряженность (кисти<br>рук зажаты между колен) | <i>Аффективная<br/>возбудимость</i>             |
| Выражение лица                                   | Унылое, уставшее                                | <i>Астено-депрессивный</i>                      |
|                                                  | Раздражительность                               | Гиперстезия (аффек-<br>тивная возбудимость)     |
| Взгляд                                           | Тоскливый                                       | <i>Депрессивный</i>                             |

Среди выделенных синдромов выделим те, которые встречаются более двух раз — депрессивный (атипичная депрессия, астено-депрессивный), психоорганический и синдром аффективной возбудимости. Из чего выводим следующий синдромальный диагноз: **Депрессивный синдром органической природы.**

### **Задача № 3**

Больная, 74 года.

**Жалобы** на эпизодические расстройства восприятия — зрительные и слуховые обманы. Приводит следующие примеры — как-то на стене «увидела» лица своих умерших родителей (как живые портреты), которые ей улыбались; в другой раз «увидела» прямо перед собой девочку (как призрак), при этом ощущала, будто за спиной стоит мужчина в синем плаще. Также эпизодически испытывает слуховые обманы — в виде окликов, писка мышей.

**Объективный статус:** Контакту доступна. Охотно рассказывает о своих галлюцинаторных переживаниях, однако, немногословна. Речь достаточно модулирована. Мало-

**Раздел VII. Механизм синдромальной диагностики**

подвижна, пассивна, в движениях несколько скованная. Взгляд рассеянный, неустойчивый, несобранный («плавающий»), временами удивленный. В чувствах открыта. Благодушна. Рассказывая о галлюцинаторных переживаниях, выражение лица становится восторженно-экстатическим. Критика снижена, относится к галлюцинаторным переживаниям, как к нечто таинственно-мистическому, имеющему определенный смысл и значение.

Схема диагностики:

|                                            | Симптомы                                   | Синдромы                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Положение в терапевтическом пространстве   | Адекватное                                 |                                                                                                                                      |
| Речевая активность                         | Не нарушена                                |                                                                                                                                      |
| Двигательная активность                    | Малоподвижность                            | <i>Галлюциноз</i><br><i>Субступор</i><br>(кататонический, диссоциативный)<br><i>Психоорганический</i><br><i>Аспонтанность лобная</i> |
| Поза: открытость — закрытость — подавление | Открытость-доверие + скованность           | <i>Субступор с пассивной подчиняемостью</i>                                                                                          |
| Выражение лица                             | Благодушие                                 | Эйфория<br>Личностная регрессия                                                                                                      |
|                                            | Удивление                                  | <i>Галлюциноз</i><br><i>Онейроид</i>                                                                                                 |
| Взгляд                                     | Отсутствие собранности (рассеянный взгляд) | <i>Неясное сознание</i><br><i>Деменция</i>                                                                                           |

В основной симптомокомплекс входят следующие симптомы: галлюцинаторные явления, субступорозные проявления, проявления неясного сознания и признаки органи-

ческого снижения, что в целом составляет следующий синдромальный диагноз: **Психоорганический синдром с эпизодами измененного сознания в виде ониризов.**

#### ***Задача № 4***

Больной, 47 лет. В анамнезе указывает на следующие заболевания: хронические холецистит, радикулит, пневмония, гепатит А, операция на мениске коленного сустава.

**Жалобы** на головные боли, чувство удушья, общую физическую слабость, повышенную утомляемость, пониженное настроение, эпизодически возникающее ощущение онемения в левой руке, сменяющееся болью.

**Объективный статус:** Нормостенического сложения. Пониженного питания. Бледность кожных покровов. В беседе ведет себя активно, инициативно, пытается доминировать над собеседником, навязать свое мнение. При этом остается формальным. В движениях, жестах маловыразителен, в целом малоподвижен, но при этом многословен. Речь временами принимает характер монолога, однако, речь не громкая, скорее, «вкрадчивая». Ответы носят расплывчатый, неопределенный характер. Склонен к резонерству. Чувственному контакту не доступен, при этом закрывается (скрещивает руки на груди, отстраняется от собеседника, отводит взгляд в сторону). Временами напряжен — так, на некоторые вопросы реагирует напряжением лицевых мышц (желваки). Взгляд часто печальный, выражение лица унылое, уставшее. По отношению к окружающим настроен враждебно, что проявляется в тоне голоса, сощуренном «недобром» взгляде, в мимике недовольства. Вскользь высказывает чувство обиды, отрывочные идеи ущерба в адрес «общества» («тело мое разрушили, душу я им не отдам»). Относительно критичен в том плане, что признает

**Раздел VII. Механизм синдромальной диагностики**

правила нормативного поведения в обществе, старается их придерживаться.

Схема диагностики:

|                                            | Симптомы                                                    | Синдромы                                                                                      |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Положение в терапевтическом пространстве   | Доминирующая позиция                                        | Маниакальный<br><i>Параноидный</i><br><i>Негативизм</i>                                       |
| Двигательная и речевая активность          | Малоподвижность в сочетании с многословием                  | <i>Параноидный</i>                                                                            |
| Поза: открытость — закрытость — подавление | Закрытая (руки скрещены на груди, отводит взгляд в сторону) | <i>Параноидный</i>                                                                            |
|                                            | Напряжение (желваки)                                        | <i>Аффективная</i><br><i>Возбудимость</i>                                                     |
| Выражение лица                             | Унылое, уставшее                                            |                                                                                               |
|                                            | Недовольство                                                | <i>Астено-депрессивный</i><br><i>Дисфория</i>                                                 |
| Взгляд                                     | Печальный<br>Прищуренный<br>«Недобрый»                      | <i>Параноидный</i><br><i>Депрессивный</i><br><i>Дисфория, гиперестезия</i><br><i>Дисфория</i> |

Можно видеть, что параноидный синдром пересекается с аффективным расстройством, преимущественно в форме дисфорической депрессии. Синдромальный диагноз: **Депрессивно-параноидный (ипохондрический).**

**Задача № 5**

Больной, 21 год, студент ВУЗа (экономический факультет). Болен в течение одного месяца, когда стал замкнутым, молчаливым, высказывал суицидальные мысли, пытался уйти в монастырь. Бросил учебу.

**Жалобы** — по своей инициативе не предъявляет.

**Объективный статус:** В беседе пассивен, сидит с отрешенным видом. Спонтанно молчалив, ответы носят односложный характер. Отвечает как бы нехотя, с нежеланием вести разговор. После настойчивых расспросов пожаловался на сердцебиение и давящие боли в затылке. Малоподвижен, подолгу находится в одной и той же позе. В чувствах открыт, описывает чувственную анестезию, отмечает, что сейчас уже «ничего не чувствует». Скован, в движениях вял. Отдельные высказывания носят депрессивный характер с мегаломаническим содержанием — так, на вопрос, что для него самое страшное, ответил, что ядерная война, в которой никому нельзя уцелеть, «нет никакого шанса на выживание». Все это произносит ровным, спокойным голосом, оставаясь амимичным. Взгляд временами тоскливый, временами рассеянно-отрешенный. Когнитивные процессы дестабилизированы.

Схема диагностики:

|                                            | Симптомы                         | Синдромы                                                            |
|--------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1                                          | 2                                | 3                                                                   |
| Положение в терапевтическом пространстве   | Пассивная позиция                | Атипичная депрессия (дереализация)<br>Психоорганический<br>Деменция |
| Речевая активность                         | Малословие                       | Галлюциноз<br>Субступор<br>Депрессивный                             |
| Двигательная активность                    | Малоподвижность                  | Галлюциноз<br>Субступор<br>Депрессивный<br>Психоорганический        |
| Поза: открытость — закрытость — подавление | Открытость-доверие + скованность | Субступор с пассивной подчиняемостью                                |

*Окончание табл.*

| 1              | 2         | 3                                                      |
|----------------|-----------|--------------------------------------------------------|
| Выражение лица | Амимия    | Неясное сознание<br>Дереализация<br>Апатический дефект |
| Взгляд         | Тоскливый | Депрессивный                                           |

Основной симптомокомплекс можно определить как полиморфный психотический. Основной синдром — **Депрессивно-кататонный** (субступорозный) /Характерен для шизоаффективного расстройства/.

**Задача № 6**

Больной, 16 лет. Учится в 9-м классе средней школы, едва справляется с учебой из-за общей неконтактности (формально переводят из класса в класс). Вместе с тем, увлекается компьютером, в котором относительно неплохо разбирается по сравнению со своими сверстниками. С ровесниками держится скованно, робко, стеснительно, однако при этом пользуется определенным уважением. В семье, по сравнению с другими братьями, держится замкнуто, обособленно.

**Жалоб** не предъявляет.

**Объективный статус:** Пониженного питания. Признаки физического дисгармонического роста и развития. Легкое косоглазие функционального характера. Почти насильно, после уговоров матери, уселся на предложенный стул. На месте удерживается с трудом, часто ерзает, теребит руки. В то же время скован, в двигательных проявлениях лишен пластичности, гибкости, механистичен. Контакту малодоступен. Многие вопросы оставляет без ответа, либо выбирает из разных вариантов ответов, предложенных на выбор врачом, наиболее подходящие, при этом реагирует

либо кивком головы, либо отвечает «да», «нет». Речь смазана. Мимика лица маловыразительная. Выражение лица недовольное. Взгляд рассеянный («не держит взгляд»), прямо не смотрит, выраженная поисковая активность глаз. Интеллектуально малопродуктивен.

Схема диагностики:

|                                            | Симптомы                                     | Синдромы                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Положение в терапевтическом пространстве   | Избегающее                                   | <i>Личностная регрессия</i><br><i>Астено-депрессивный</i><br><i>Галлюцинаторно-бредовой</i><br>Неясное сознание<br>Деменция                  |
| Речевая активность                         | Малословие                                   | <i>Астено-депрессивный</i><br><i>Галлюцинаторно-бредовой</i><br>Негативизм<br><i>Аутизм</i><br><i>Задержка развития</i><br>Оглушение         |
| Двигательная активность                    | Беспокойство в сочетании с расторможенностью | <i>Тревожный</i><br>Маниакальный<br>Гиперкинетический<br><i>Деменция</i><br><i>Расстройство личности</i><br><i>Аутизм</i><br><i>Деменция</i> |
| Поза: открытость — закрытость — подавление | Замкнутость                                  | <i>Аутизм</i><br><i>Атипичная депрессия</i><br><i>Галлюцинаторно-бредовой</i><br>Психоорганическое расстройство                              |
|                                            | Скованность + расторможенность               | Навязчивые движения<br>Стереотипии<br>Автоматизмы                                                                                            |
| Выражение лица                             | Недовольное                                  | Дисфория<br><i>Параноидный</i>                                                                                                               |
| Взгляд                                     | «Бегающий»                                   | <i>Тревожный</i>                                                                                                                             |

Повторяющиеся синдромы мы расставим в порядке их значимости для психических расстройств детского возраста — 1) аутизм, задержка развития (деменция, психоорганическое расстройство, расстройство личности); 2) расстройства поведения (расторможенность, негативизм); 3) аффективные нарушения (тревога, атипичная депрессия), 4) психотические проявления (тревога, дисфория, галлюцинаторно-бредовой синдром). Несмотря на то, что в анамнезе нет указаний на наличие некоторых из перечисленных симптомов (галлюцинации, стереотипии), но их возникновение *возможно*, поскольку для их развития существуют предпосылки. В данном случае диагностика останавливается на двух вариантах: **1. Синдром Аспергера. 2. Шизофрения детского возраста.**

### ***Задача № 7***

Больной, 14 лет, учащийся средней школы. Пришел в сопровождении бабушки и матери, сообщивших следующий анамнез. Родной дед больного умер скоропостижно после аппендэктомии, после чего у старшего сына (родного дяди мальчика) началась депрессия с суицидальными намерениями, часто повторял, что «хочет к отцу», в связи со стойкими изменениями в психическом состоянии была дана группа инвалидности. Отец и мать здоровы. Детское развитие без особенностей. С учебой справляется. Занимался борьбой, но затем, из-за изменений в психике, занятия спортом оставил. «Патологически» увлечен компьютером. Поводом для обращения к психиатру послужило неадекватное поведение, продиктованное навязчивостями: обнаруживает навязчивый страх телесного контакта, сопровождающийся частым купанием, навязчивым мытьем рук, частой сменой белья. Основной мотив, побудивший

оставить спорт, это то, что там многое было «как общее» — общие майки, другие спортивные принадлежности, что вызывало чувство брезгливости.

**Жалобы** на головные боли — в утренние часы, сразу после сна («голова забита»), после продолжительного душа голова проясняется.

**Объективный статус:** Крепкого сложения, несколько повышенного питания, с хорошей мышечной массой, однако, слегка «рыхловат». Держится настороженно, несколько избегающе, в целом рассматривая происходящую ситуацию не как лечебную (пытается «сгладить», как-то объяснить, оправдать свое поведение, представить его рациональным). На вопросы отвечает односложно, обнаруживает низкую речевую активность. Голос модулирован. Двигательная активность несколько снижена, пассивен. В спонтанной двигательной активности несколько скован, не свободен. Производит впечатление интровертированного, замкнутого, однако, доступен чувственному контакту, при этом обнаруживает волнение, связанное с возникновением незнакомых, глубинных чувств и эмоций, сопровождающихся общей тревожностью. При этом теряется, выглядит растерянным, появляется поисковая активность глаз, учащается дыхание. Вместе с тем, становится эмоционально более контактным, более откровенным в изложении своих переживаний. Отметил, что его пугают ситуации, когда его легко могут «достать», «задеть», при этом боится собственной агрессии. Свое поведение, связанное с навязчивым мытьем рук, объяснил, как желание символически избавиться от чего-то «грязного» в себе, когда чувствует себя ущербным, не «таким, как все». Говоря об этом, заметно погрузтел, взгляд стал тоскливым, на глазах появились слезы. Когнитивных расстройств нет.

Раздел VII. Механизм синдромальной диагностики

Схема диагностики:

|                                           | Симптомы                                      | Синдромы                                                                     |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Положение в терапевтическом пространстве  | Пассивное                                     | Атипичная депрессия<br>Пассивная подчиняемость (расстройство личности)       |
| Речевая активность                        | Малословие                                    | Астено-депрессивный<br>Пассивное расстройство личности                       |
| Двигательная активность                   | Малоподвижность (в сочетании с малословием)   | Галлюциноз<br>Субступор<br>Депрессивный<br>Психоорганический                 |
|                                           | «Парциальная» расторможенность (навязчивости) | Обсессивно-компульсивный                                                     |
| Поза: открытость— закрытость — подавление | Замкнутость                                   | Аутизм, шизоидное расстройство личности<br>Атипичная депрессия<br>Галлюциноз |
|                                           | Открытость-доверие + малоподвижность          | Депрессивный                                                                 |
|                                           | Скованность + расторможенность                | Обсессивно-компульсивный                                                     |
| Выражение лица                            | Растерянность                                 | Тревога, стыд<br>Расстройства мышления                                       |
|                                           | Печальное выражение лица                      | Депрессивный                                                                 |
| Взгляд                                    | «Бегающий»                                    | Тревожный                                                                    |
|                                           | Тоскливый                                     | Депрессивный                                                                 |
| Дополнительно                             | Учащенное дыхание                             | Тревожный<br>Аффективная возбудимость                                        |

Ведущим синдромом является депрессивный, за ним следуют проявления тревожности; дополнительные симптомы —

обсессии. Такие синдромальные проявления, как аутизм, шизоидное расстройство личности, психотические проявления (галлюциноз, расстройства мышления), пока являются не актуальными. Поэтому заключительный синдромальный диагноз: **Смешанное тревожно-депрессивное расстройство с обсессивно-компульсивными проявлениями.**

### ***Задача № 8***

Больная, 25 лет, пришла в сопровождении отца. Из анамнеза: в пятнадцатилетнем возрасте перенесла пароксизмальное состояние с коротким эпизодом судорог и длительной потерей сознания, с остановкой дыхания, по поводу чего была произведена интубация и трахеотомия. С того же периода отмечаются повторяющиеся пароксизмальные состояния, сопровождающиеся выключением сознания и судорожными подергиваниями без нарушения статики. Постоянно испытывает страхи. Наблюдалась и лечилась у невропатологов, получала антиэпилептические средства (фенobarбитал, финлепсин), которые оказались малоэффективными. Едва закончила среднюю школу, больше нигде не училась, профессии не имеет, не работала. Была замужем, имеет одного ребенка. С мужем в разводе, живет в родительской семье со своим ребенком, воспитанием которого занимаются ее родители. От домашней работы уклоняется, ссылаясь на плохое самочувствие.

**Жалобы.** В настоящее время беспокоят повторяющиеся пароксизмальные состояния с потерей сознания, о которых ничего не помнит. Отмечает наличие головных болей («стучит в висках»), сопровождающихся тошнотой и колебаниями артериального давления (как гипертония, так и гипотония). Пароксизмы нередко провоцируются конф-

ликтными, напряженными, ситуациями, связанные с душевным волнением. Отмечает наличие страхов — боится темноты, быть одной в комнате, испытывает страх смерти или страх сойти с ума. Одновременно отмечает раздражительность, непереносимость «всего». Когда становится «совсем плохо», предпочитает лежать в постели, укрывшись с головой, так, чтобы «никто не трогал». Болезненно реагирует на замечания близких, в особенности, при общении с отцом, когда приходится подавлять чувство гнева и раздражения. Все заканчивается тем, что «уходит в себя», либо плачет.

**Объективный статус:** Пикнического сложения, удовлетворительного питания. Бледность кожных покровов. На коже передней части шеи — грубый вертикальный послеоперационный шрам размером около 10 см.

Зайдя в кабинет вместе с отцом, продемонстрировала следующее состояние измененного сознания: внезапно стала отрешенной с «отсутствующим» неподвижным взором, с невозможностью какого-либо контакта, статика оставалась сохраненной, но при этом отмечалось легкое покачивание; также имела место общая мышечная напряженность и жевательные движения губ. При этом пациентка на попытку отца поддержать ее (чтобы не упала) отреагировала негативистическим отстранением (целенаправленными отталкивающими движениями). Состояние длилось около 3 мин, с последующей непродолжительной легкой растерянностью. Придя в себя, больная объяснила свое состояние тем, что, войдя в кабинет, она «разволновалась».

Вне приступа, обнаруживает снижение двигательной активности. Держится скованно, робко, как бы затаившись, при этом внимательно слушает историю своей болезни в интерпретации отца, болезненно реагирует на каждое его

слово, однако без эмоциональной экспрессии во вне, иногда на глазах появляются слезы. При этом выглядит либо подавленной (опущены плечи, голова), либо ушедшей в себя, отрешенной. Собственная речевая активность снижена, малословна, речь тихим голосом. Выражение лица унылое, «уставшее», часто появляется выражение недовольства (сжимает рот). По вопросам отметила, что «устала», уже нет сил «терпеть эту гадость», из всех враждебных эмоций в состоянии только испытывать отвращение. Взгляд постоянно настороженный, при этом уходящий в сторону, либо опускающийся. В личностных проявлениях инфантильно-регрессивна, с выраженными тенденциями «бегства в болезнь». Интеллектуально малопродуктивна.

Схема диагностики:

|                                            | Симптомы                                  | Синдромы                                                                   |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Положение в терапевтическом пространстве   | Демонстративная                           | <i>Диссоциативное расстройство</i>                                         |
| Речевая активность                         | Малословие + тихая речь                   | <i>Депрессивный</i>                                                        |
| Двигательная активность                    | Малоподвижность в сочетании с малословием | Галлюциноз<br>Субступор<br><i>Депрессивный</i><br><i>Психоорганический</i> |
|                                            | Фокальный пароксизм                       | <i>Эпилепсия</i><br><i>Диссоциативное расстройство</i>                     |
| Поза: открытость — закрытость — подавление | Замкнутость (отрешенность)                | <i>Атипичная депрессия</i>                                                 |
|                                            | Подавленность                             | <i>Депрессивный</i>                                                        |
| Выражение лица                             | Унылое                                    | Астено-депрессивный                                                        |
|                                            | Недовольное                               | Дисфорический                                                              |
| Взгляд                                     | Настороженный                             | <i>Тревожный</i>                                                           |

Основной симптомокомплекс представлен двумя группами симптомов — пароксизмальная симптоматика диссоциативного характера + симптомы атипичной депрессии (астено-депрессивные, дисфорические и тревожные проявления). Полагаясь на анамнез, вероятным кажется органическая природа нарушений. При первичном осмотре равноправны два диагностических заключения: **1. Органическое диссоциативное расстройство на депрессивном фоне настроения. 2. Органическое депрессивное расстройство с диссоциативными проявлениями.**

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Введение .....</b>                                                   | <b>3</b>  |
| <b>Раздел I. Положение пациента<br/>в терапевтическом пространстве:</b> |           |
| <b>контакт врач-пациент .....</b>                                       | <b>5</b>  |
| <b>Понятие терапевтического пространства .....</b>                      | <b>5</b>  |
| <b>Избегание терапевтического пространства .....</b>                    | <b>6</b>  |
| <b>Раздел II. Речевая активность .....</b>                              | <b>10</b> |
| <b>Полное отсутствие речевой активности, или мутизм .....</b>           | <b>10</b> |
| <b>Низкая речевая активность, или малословие .....</b>                  | <b>11</b> |
| <b>Повышенная речевая активность, или многословие .....</b>             | <b>12</b> |
| <b>Раздел III. Двигательная активность .....</b>                        | <b>14</b> |
| <b>Пониженная двигательная активность<br/>или малоподвижность .....</b> | <b>14</b> |
| <b>Повышенная двигательная активность .....</b>                         | <b>19</b> |
| <b>Раздел IV. Поза или расположение тела .....</b>                      | <b>27</b> |
| <b>Раздел V. Выражение лица, мимика<br/>и взгляд .....</b>              | <b>38</b> |
| <b>Интерес .....</b>                                                    | <b>39</b> |
| <b>Удивление .....</b>                                                  | <b>42</b> |
| <b>Удовольствие, радость .....</b>                                      | <b>43</b> |
| <b>Горе, печаль .....</b>                                               | <b>47</b> |
| <b>Вина .....</b>                                                       | <b>49</b> |
| <b>Гнев .....</b>                                                       | <b>50</b> |
| <b>Отвращение .....</b>                                                 | <b>55</b> |
| <b>Презрение .....</b>                                                  | <b>58</b> |

**Оглавление**

---

|                                                    |           |
|----------------------------------------------------|-----------|
| СТРАХ, ТРЕВОГА .....                               | 59        |
| Стыд, смущение .....                               | 61        |
| <b>Раздел VI. Запросы больного: потребности</b>    |           |
| <b>нужды и потребности желания .....</b>           | <b>66</b> |
| <b>Потребности нужды .....</b>                     | <b>67</b> |
| <b>Запросы пациента, связанные с потребностями</b> |           |
| <b>желания .....</b>                               | <b>68</b> |
| <b>Раздел VII. Механизм синдромальной</b>          |           |
| <b>диагностики на примере</b>                      |           |
| <b>решения клинических задач .....</b>             | <b>75</b> |

*Учебное издание*

**Букановская Т.И.**

**ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПРОПЕДЕВТИКА**

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Ответственный редактор | <i>А. Михайленко</i> |
| Технический редактор   | <i>Г. Логвинова</i>  |
| Корректор              | <i>Л. Горбунова</i>  |
| Макет обложки:         | <i>И. Лойкова</i>    |
| Компьютерная верстка:  | <i>А. Алейникова</i> |

**Сдано в набор 01.02.08.**

**Подписано в печать 01.03.08.**

**Формат 84×108<sup>1</sup>/<sub>32</sub>. Бумага типографская №2.**

**Печать офсетная. Гарнитура TextBook.**

**Тираж 3 000 экз. Заказ № 180**

**ООО «Феникс»**

**344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80**

**Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»**

**344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57**

**Качество печати соответствует предоставленным диапозитивам**